

Technická univerzita v Liberci
Ústav zdravotnických studií

Bakalářská práce

PÁD JAKO MIMOŘÁDNÁ SITUACE PŘI HOSPITALIZACI PACIENTA
FALL AS EXTRAORDINARY SITUATION DURING THE PATIENT'S HOSPITALIZATION

Petra Tomášková
2011

studijní program: B 5341 Ošetrovatelství
studijní obor: 5341R009 Všeobecná sestra

TECHNICKÁ UNIVERZITA V LIBERCI

Ústav zdravotnických studií

Akademický rok: 2009/2010

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Petra TOMÁŠKOVÁ**
Osobní číslo: **Z08000061**
Studijní program: **B5341 Ošetrovatelství**
Studijní obor: **Všeobecná sestra**
Název tématu: **Pád jako mimořádná situace při hospitalizaci pacienta**
Zadávající katedra: **Ústav zdravotnických studií**

Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

Cíle:

zjistit postoj sester ke screeningu rizik pádu prováděného při příjmu P/K,
zjistit, zda se s pozitivním screeninem rizika pádu dále pracuje,
zjistit a porovnat incidenci pádu P/K na vybraných odděleních za rok 2009.

Východiska:

zpracování ucelené práce o pádech při hospitalizaci obsahující teoretický náhled na pády,
výzkum stanovených cílů a zpracování návrhu bezpečného prostředí pro P/K.

Předpoklady:

předpokládám, že většina zdravotních sester nepředává informace o míře rizikivosti P/K,
předpokládám, že většina sester považuje screening rizika pádů za nadbytečný, protože se s ním dále nepracuje,
předpokládám, že při pozitivním screeningu rizika pádů nejsou nastaveny postupy v péči,
a že sestry spoléhají především na intuici.

Technika:

individuálně osobně předávaný dotazník, pozorování, studium dokumentace, zpětné sledování incidence pádů na vybraných odděleních
Místo a čas výzkumu: červen – červenec 2010
Městská nemocnice Dvůr Králové nad Labem a.s., zimní semestr 2010
Nemocnice Jablonec nad Nisou p.o., Krajská nemocnice Liberec a.s.

Vzorek:

sestry a pacienti z různých oddělení uvedených nemocnic, dokumentace týkající se pádu z těchto nemocnic

Rozsah grafických prací:

Rozsah pracovní zprávy:

50-70 stran

Forma zpracování bakalářské práce:

tištěná/elektronická

Seznam odborné literatury:

JOINT COMMISSION RESOURCES,, Inc. Reducing the risk of falls in your health care organization . Illinois : One Renaissance Boulevard, 2005. 155 s. ISBN 0-86688-942-6.

Mezinárodní akreditační standardy pro nemocnice . Překlad 3. vydání. Praha : Grada Publishing a.s., 2009. 312 s. ISBN 978-80-247-2436-2.

KALVACH, Zdeněk; ZADÁK, Zdeněk; JIRÁK, Roman. Geriatrie a Gerontologie. Praha : Grada Publishing a.s., 2004. 864 s. ISBN 80-247-0548-6.

KALVACH, Z., HOŠKOVÁ, B.: Pády ve stáří. Praha, 1999, str. 7. ISBN 80-7071-139-6.

JURÁSKOVÁ, Dana Bezpečný pokoj. In Bezpečný pokoj [online]. Praha : Jana Jurásková, 2005 [cit. 2010-06-25]. Dostupné z WWW: http://www.mpsv.cz/files/clanky/3483/10_Juraskova.pdf.

Vedoucí bakalářské práce:

PhDr. Alena Riegerová

Ústav zdravotnických studií

Datum zadání bakalářské práce:

30. dubna 2010

Termín odevzdání bakalářské práce:

30. června 2011

prof. Dr. Ing. Zdeněk Kůs

rektor

L.S.



doc. MUDr. Jaromír Mysliveček, Ph.D.

ředitel

V Liberci dne 30. listopadu 2010

PROHLÁŠENÍ:

Byla jsem seznámena s tím, že na mou bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb., o právu autorském, zejména § 60 – školní dílo.

Beru na vědomí, že Technická univerzita v Liberci (TUL) nezasahuje do mých autorských práv užitím mé bakalářské práce pro vnitřní potřebu TUL.

Užiji-li bakalářskou práci nebo poskytnu-li licenci k jejímu využití, jsem si vědoma povinnosti informovat o této skutečnosti TUL; v tomto případě má TUL právo ode mne požadovat úhradu nákladů, které vynaložila na vytvoření díla, až do jejich skutečné výše.

Bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně s použitím uvedené literatury a na základě konzultací s vedoucím bakalářské práce a konzultantem.

Datum:

Podpis:

PODĚKOVÁNÍ:

Děkuji PhDr. Aleně Riegerové za vedení práce. Děkuji své rodině za trpělivost a podporu při studiu.

ANOTACE:

Jméno a příjmení autora: Petra Tomášková

Instituce: Technická univerzita v Liberci, Ústav zdravotnických studií

Název práce: Pád jako mimořádná situace při hospitalizaci pacienta

Vedoucí práce: PhDr. Alena Riegerová

Počet stran: 76

Počet příloh: 3

Rok obhajoby: 2011

Bakalářská práce je zaměřena na problematiku pádů při hospitalizaci. Teoretická část stručně seznamuje s klasifikací pádů, příčinami i následky pádů, možnými preventivními opatřeními a postupu ošetřujícího personálu po pádu. V teoretické části bakalářské práce jsou dále uvedeny screeningové metody ke zjištění rizika pádů, včetně ošetřovatelské diagnózy s tím související.

V praktické části jsou uvedeny výsledky výzkumu, který byl zaměřen na ověření stanovených hypotéz, porovnání prevalence pádů na vybraných odděleních a návrh bezpečného pokoje pro pacienty.

KLÍČOVÁ SLOVA:

Pád pacienta, mimořádná situace, prevence pádu.

ANNOTATION:

Name and surname: Petra Tomášková

Institution: Technical University of Liberec

Title: Fall as extraordinary situation during the patient's hospitalization

Supervisor: PhDr. Alena Riegerová

Pages: 76

Addenda: 3

Year: 2011

Bachelor's thesis is focused on the issue falls during hospitalization. The theoretical part briefly introduces the classification of falls, causes and consequences of falls and possible preventive measures and the process of nursing staff after a fall. In the theoretical part of the thesis are also given screening methods to determine the risks of falls, including nursing diagnoses associated with it.

The practical part presents the results of research that was aimed at verifying hypotheses, comparing the prevalence of falls in selected departments and design of safe room for patients.

KEY WORDS:

Patient fall, extraordinary situations, fall prevention.

OBSAH

ÚVOD	12
TEORETICKÁ ČÁST	14
1 Pád jako mimořádná událost	14
2 Definice	15
3 Klasifikace pádů	16
3.1 Klasifikace pádů podle Janice Morse	16
3.1.1 Náhodné pády	16
3.1.2 Nepředvídané fyziologické pády	16
3.1.3 Předvídané fyziologické pády	16
3.2 Fenomenologie pádů	17
3.2.1 Pády zhroucením	17
3.2.2 Pády skácením	17
3.2.3 Pády zakopnutím	17
3.2.4 Pády zamrznutím	17
3.2.5 Nediferencované pády	18
4 Příčiny pádů	18
4.1 Vnější příčiny	18
4.2 Vnitřní příčiny	19
4.3 Situační příčiny	19
5 Následky pádů	19
5.1 Následky z hlediska zdravotnického zařízení	19
5.2 Následky z hlediska pacienta	20
6 Prevence pádů	20
6.1 Identifikace pacienta ohroženého pádem	20
6.2 Primární prevence	21
6.2.1 Fyzická aktivita pacienta	21
6.2.2 Výživa a hydratace	22
6.2.3 Obuv	22
6.3 Sekundární a terciální prevence	22
6.3.1 Prostředí	22
6.3.2 Použití omezovacích prostředků	23

6.4	Prevence pádů na pediatrii	24
7	Opatření po pádu pacienta	25
7.1	Okamžitá opatření	25
7.2	Další postup.....	25
7.3	Protokol o pádu hospitalizovaného pacienta.....	25
8	Screeningové a jiné posuzovací metody k prevenci pádů	26
8.1	Screeningová metoda č. 1: Yauková a kol. (2005)	27
8.2	Screeningová metoda č. 2: Conleyová (1999)	28
8.3	Screeningová metoda č. 3: Jurásková (2006).....	28
8.4	Screeningová metoda č. 4: metoda CHAMPS (2006)	29
8.5	Screeningová metoda č. 5: Morse fall scale	29
8.6	Screeningová metoda č. 6: Modifikovaný screeningový test.....	30
8.7	Screeningová metoda č. 7: Gaitův funkční test.....	30
8.8	Barthelův test	31
9	Realizace péče – individuální přístup podle míry rizikovosti pacienta	31
9.1	Střední riziko pádů	31
9.2	Vysoké riziko pádu	32
10	Ošetřovatelské diagnózy - Riziko pádů.....	32
10.1	Ošetřovatelské diagnózy v NANDA doménách	32
10.2	Ošetřovatelské diagnózy, definice a klasifikace	33
	VÝZKUMNÁ ČÁST	35
11	Cíle práce, hypotézy	35
11.1	Cíle práce	35
11.2	Hypotézy	35
12	Použité metody	35
13	Analýza a interpretace výsledků	37
14	Diskuze	54
15	Zhodnocení hypotéz.....	59
16	Prevalence pádů	60
17	Návrh bezpečného pokoje.....	61
18	Závěr	64
19	Soupis bibliografických citací	65

20	Seznam obrázků.....	68
21	Seznam tabulek.....	69
22	Seznam příloh	70

SEZNAM ZKRATEK

ACE inhibitory	inhibitory angiotenzin konvertujícího enzymu
ADL	Activities of Daily Living
atd.	a tak dále
atp.	a tak podobně
č.	číslo
CHAMPS	screeningová metoda k zjištění rizika pádů
LDN	léčebna dlouhodobě nemocných
MFS	Morse Falls Scale
NANDA	North American Nursing Diagnosis Association
SOP	Standard ošetřovatelského postupu

ÚVOD

Hospitalizace v nemocnici je pro pacienta/klienta velmi stresující záležitost, zvláště pak, pokud je pobyt v nemocnici nedobrovolně prodloužen v důsledku pádu.

Za své relativně krátké působení ve zdravotnictví jsem se s pádem pacienta setkala několikrát. Nutno podotknout, že zjevnou příčinou pádu mnohdy bývalo prostředí, které nebylo z hlediska pádů bezpečné. A právě tato skutečnost pro mě byla impulzem k výběru tohoto tématu. Rozhodla jsem se kromě zpracování teoretického náhledu na pády a praktického výzkumu vytvořit i návrh bezpečného pokoje pro pacienty.

Vzhledem ke kontinuálnímu zvyšování kvality péče jsou témata okolo pádů a bezpečného prostředí stále více probírána. Větší důraz než v minulosti je kladen na prostředí, ve kterém je pacientům/klientům péče poskytována. Nejnovější přístroje zachraňují spolu se zdravotníky životy, jež by byly dříve odkázány k zániku. Je žádoucí, aby spolu s rostoucí vybaveností nemocnice stoupala i bezpečnost nemocnice z hlediska pádů. Pád je pouze signálem, který má ošetrovatelský personál vést k podrobnějšímu vyšetření pacienta a zjištění příčin pádu, které jsou velmi rozmanité a mnohdy na první pohled přehlédnutelné.

Podle dostupné literatury lze říci, že se pády nejvíce vyskytují v dětském a seniorském věku. Zatímco u dětí jsou přirozenou součástí vývoje, u seniorů se stávají velmi častou příčinou vzniku různých úrazů a poranění.

Pády v nemocnici jsou vážným problémem, který komplikuje stav pacienta, prodlužuje délku jeho hospitalizace a prodražuje léčbu. Nejen tyto důvody vedou management nemocnic k hledání řešení, které snižují rizikové faktory mající vliv na pád pacienta. Finanční prostředky nemocnic čerpané v souvislosti s pády se týkají nejen zdravotnického ošetření a materiálu, které jsou vynaloženy k léčbě fyzických následků pádů, ale i navýšeného času zdravotníků, kteří pečují o pacienta po pádu. Další ztráta financí zdravotnického zařízení může proběhnout prostřednictvím soudních sporů iniciovaných ze stran pacientů. Pacienti/klienti jsou hospitalizováni v nemocnici s vědomím, že jim bude nabídnuta pomoc. Může se však stát, že nemocný upadne a jeho zdravotní stav se zhorší. Pád pak zkomplikuje další osud pacienta, který většinou neodchází domů, jako by tomu bylo před pádem, ale je směřován na oddělení následné péče nebo do ústavů sociální péče.

Dnešní medicína se stále více zdokonaluje a zapříčiňuje tak stárnutí populace. Vzhledem k tomu, že nejvíce rizikovými z hlediska pádu jsou senioři, je nutné se touto problematikou zabývat a tím se snažit zabránit pádům i jejich následkům.

Vzhledem k četnosti pádů je nutné sledovat jejich incidenci a provádět podrobný záznam o vzniklé mimořádné události. Nasbíraná data přispívají k prevenci pádů a vytvoření bezpečného prostředí pro rizikového pacienta při zachování co největšího komfortu. Vždyť nejúčinnější zbraní proti pádům pacientů je jejich prevence.

Je žádoucí zavést jednotnou metodiku pro screening rizika pádů a následné postupy po pádu, které umožní předávání zkušeností mezi jednotlivými zdravotnickými zařízeními.

TEORETICKÁ ČÁST

1 PÁD JAKO MIMOŘÁDNÁ UDÁLOST

Mimořádná událost je taková, při které došlo k pochybení během léčby, výkonu nebo procedury. Jsou to také lékařské a ošetrovatelské intervence, které neproběhly podle plánu, platných směrnic či standardů ošetrovatelské péče. Dále mimořádnou událostí rozumíme situaci, při které dojde k poškození zdraví zaměstnance, k selhání techniky potřebné pro diagnostickou a léčebnou péči, poškození nebo ztráta majetku pacienta, zaměstnance i zdravotnického zařízení a ohrožení provozu zdravotnického zařízení. Nejčastější mimořádnou událostí je pád pacienta. ^[6,22]

Hlášení a prevence mimořádných událostí se řadí k programu řízení rizik. Téma je velmi aktuální, to dokazuje i současný zájem většiny zdravotnických zařízení o definování mimořádných událostí a vytvoření standardizovaných protokolů. ^[22]

Podle závažnosti se mimořádné události dělí na “téměř pochybení“, incidenty, mimořádné události a katastrofické mimořádné události. ^[22]

Pravidelné monitorování mimořádných událostí přispívá k prevenci opakujících se problémů, a tím pak k ovlivnění kvality a bezpečnosti poskytované péče. V druhé řadě taky časné hlášení mimořádných událostí umožní managementu rychle zhodnotit okolnosti, které by mohli vést k soudnímu sporu. ^[22]

Daný formulář o mimořádné události obsahuje identifikaci poškozeného, charakter události, charakter a rozsah škod nebo poranění, popis události, uvedení svědků, zápis o tom, zda byl o mimořádné události informován lékař, záznam o poskytnutí první pomoci, stupeň závažnosti mimořádné situace a připomínky. Nezbytné je i zajištění důkazů, které jsou příčinou nebo ovlivňujícím faktorem nežádoucí události. Odpovědný pracovník vyplněný formulář předá manažerovi kvality, a ten pak provede následné šetření. ^[22]

U nás i v zahraničí se počet mimořádných událostí sleduje, vážne však systém hlášení osobních pochybení či omylů. Důvody jsou zcela zřejmé. Jsou to strach z potrestání, soudního postihu, falešná hrdost, nedostatek času na administrativní práci, solidarita a nepochopení. ^[22]

Pokud bude management nemocnice vnímat hlavní příčinu mimořádné události v lidech a bude proti nim vést rychlé a rázné disciplinární řízení, nelze od této strategie očekávat úspěch. Omyly i chyby se budou i nadále maskovat. Cílem celého procesu hlášení mimořádných událostí není nikdy identifikace a potrestání viníka, nýbrž kontinuální zlepšování kvality a bezpečnosti poskytované péče.^[22]

2 DEFINICE

Zatím nebyla přijata žádná jednotná definice týkající se pádů, i přes to je velmi důležité, aby každé zařízení pád definovalo a mohlo tak sledovat a hodnotit nasbíraná data.^[4]

Pád je:

- *„Nezamýšlená událost, kdy se člověk ocitne na zemi nebo na nižším povrchu (se svědkem), nebo takovouto událost oznámí (beze svědků). Pád není způsoben žádným záměrným pohybem nebo jinou příčinou, jako je cévní mozková příhoda, mdloba, epileptický záchvat.“ (Joint Commission Resources, 2005, s.21)*
- *„Událost, která vyústí v nezamýšleném spočinutí pacienta, nebo části jeho těla na zemi nebo na jiné podložce, která je níže než pacient.“ (Joint Commission Resources, 2005, s.21)*
- *„Mimořádná událost vyúsťující v nezamýšleném spočinutí pacienta na zemi nebo jiném, níže položeném povrchu.“ (Joint Commission Resources, 2005, s.21)*

3 KLASIFIKACE PÁDŮ

Pojmenování příčin a mechanismu pádů napomáhá při diagnostice následků pádu a vede k jejich prevenci. Odborná literatura uvádí klasifikaci pádů podle americké výzkumné pracovnice Janice Morse a pražského neurologa profesora Evžena Růžičky.

3.1 Klasifikace pádů podle Janice Morse

Pro lepší pochopení příčin pádů navrhuje Janice Morse rozdělovat pády na náhodné, nepředvídané fyziologické a předvídané fyziologické pády.

3.1.1 Náhodné pády

Náhodnými pády je myšleno upadnutí pacienta, které nebylo úmyslné. Jedná se o zakopnutí nebo uklouznutí a následný pád. Vyvolávající příčinou je selhání pomůcek nebo faktory vnějšího prostředí, kterými jsou například rozlitá tekutina na podlaze, vyčnívající nábytek a další. ^[4]

3.1.2 Nepředvídané fyziologické pády

Nepředvídané fyziologické pády jsou způsobené fyzickým stavem pacienta, který do té doby nelze předvídat. Jedná se například o mdlobu, epileptický záchvat a další. Příčina pádu není rizikovým faktorem pacienta pro pád. ^[4]

3.1.3 Předvídané fyziologické pády

K předvídaným fyziologickým pádům dochází u pacientů, kteří jsou podle stupnice rizika pádů riziková. Jedná se například o smyslové poruchy, rizikové léky, zhoršení schopnosti pohybu, pády v anamnéze a v neposlední řadě i věk pacienta nad 65 let. ^[4]

„Podle J. Morse je přibližně 14% nemocničních pádů náhodných, dalších 8% nepředvídaných a zbývající jsou předvídané fyziologické pády.“ (Joint Commission Resources, 2005, s.21)

3.2 Fenomenologie pádů

Tento způsob rozdělování pádů byl vyvinut profesorem Evženem Růžičkou a popisuje především mechanismus vzniku a možné příčiny pádů.

3.2.1 Pády zhroucením

Pacient ve stoje nebo při chůzi náhle ztrácí svalový tonus a padá směrem k zemi. Příčiny mohou být buď cerebrální, jako jsou například epilepsie a transientní ischemická ataka, nebo extracerebrální, a to je namátkou ortostatická hypotenze nebo kardiální ataka. ^[8]

3.2.2 Pády skácením

Příčinou je porucha rovnováhy, pacient padá obvykle bez reflexních obranných pohybů, i proto dochází velmi často k zranění. Onemocnění, která jsou spojena s poruchami rovnováhy, jako je ischemie a hemoragie některých částí mozku, léze frontálních laloků, extrapyramidová onemocnění a další. ^[8]

3.2.3 Pády zakopnutím

Při tomto druhu pádu tělo vždy směřuje dopředu. Pacient se téměř vždy chrání předpaženými rukama. Předchází mu zakopnutí palcem nebo špičkou nohy buď o podlahu, nebo o jakoukoliv překážku. Typickou příčinou je například Parkinsonova choroba nebo spasticita nohy. ^[8]

3.2.4 Pády zamrznutím

Tělo opět směřuje dopředu, přičemž noha, která by měla následovat a začít další krok, zůstává na podlaze. Tento typ pádů může doplňovat naklánění pacienta kupředu a následné malé krůčky za těžištěm ubíhajícím vpřed. Tato situace opět vede k pádu pacienta. ^[8]

3.2.5 Nediferencované pády

Někdy se podle fenomenologického obrazu nepodaří pád zařadit, a proto byla vytvořena skupina s názvem nediferencované pády. Jejich podkladem je prostá nepozornost, nepřizpůsobení chůze podmínkám terénu, zhoršení senzorických funkcí a další. ^[8]

4 PŘÍČINY PÁDŮ

4.1 Vnější příčiny

Jedná se o příčiny, které jsou snáze ovlivnitelné, a lze je do jisté míry odstranit, jsou to:

- nevhodná a nestabilní obuv,
- kluzká podlaha a nerovnosti podlahy (vysoké prahy, rohožky, koberečky, elektrické kabely),
- nestabilní a vyčnívající nábytek,
- nezabrzděná kolečka u nábytku,
- nedostatečné osvětlení,
- nepoužívání nebo špatné používání kompenzačních pomůcek, ale také nevhodné kompenzační pomůcky jako jsou nízké nebo naopak vysoké berle, poškozená chodítka a invalidní vozíky, atd.,
- neznalost prostředí hospitalizovaných pacientů,
- osobní předměty odložené v prostoru pokoje,
- špatně použité omezující prostředky,
- případně i cizí zavinění. ^[7,9]

4.2 Vnitřní příčiny

Vnitřní příčiny pádů souvisejí se zdravotním stavem. Sestra by měla umět pojmenovat rizikové faktory, které jsou u pacienta přítomné a mohly by k pádu vést. Zároveň by sestra měla provést selekci rizikových pádů, které lze ovlivnit.

- působení některých léků (psychofarmaka, antihypertenziva, hypnotika,...),
- působení alkoholu a drog,
- závratě a synkopy,
- mozkové hemoragie nebo ischemie,
- postižení svalů (myopatie, atrofie, osteomalacie,...),
- pokles krevního tlaku zvláště pak ortostatická hypotenze,
- hypoglykémie nebo hyperglykémie,
- únava,
- poruchy propriocepce a svalového napětí,
- amentně delirantní stavy,
- osteoartróza,
- poruchy chůze (opatrná chůze, ataxie, poruchy iniciace chůze,...),^[7, 9]
- malnutrice a hypohydratace.^[23]

4.3 Situační příčiny

Pro kompletní doplnění příčin pádu uvádíme i situační příčiny pádu, které nemají význam při hospitalizaci pacienta. Do této kategorie lze zařadit neopatrné provádění riskantních činností, jako je práce ve výškách (česání, stříhání stromů,...), či vycházení osob náchylných k pádu při náledí, atd.^[7]

5 NÁSLEDKY PÁDŮ

5.1 Následky z hlediska zdravotnického zařízení

Pozornost zdravotnických zařízení se čím dál více obrací k bezpečnosti pacientů, a potažmo i k pádům pacientů za hospitalizace. Výskyt pádů je jedním z indikátorů

kvality péče. Nejenom pro získání (mezinárodní) akreditace, s kterou stoupá prestiž zdravotnického zařízení, je nutné, aby každá nemocnice, která se o tato ocenění uchází, měla ucelený program, který je koncipován pro prevenci a sledování pádů. ^[2]

K nejvýznamnějším důsledkům pádů ve zdravotnickém zařízení patří mortalita, morbidita a finanční náklady, které jsou čerpány v důsledku prodloužení léčby pacienta a možných soudních sporů. ^[4]

5.2 Následky z hlediska pacienta

Následky pádů z hlediska pacienta jsou velmi různorodé, ovlivňuje je řada faktorů, jako je závažnost pádu, prostředí, ve kterém k pádu došlo, rychlost poskytnutí pomoci, mechanismus pádu a vyvolávající příčiny. ^[25]

Následky pádů lze dělit nejen podle závažnosti, ale také na fyzické a psychické. Psychické následky se týkají nejčastěji seniorů, kdy hlavně opakované pády způsobí omezování aktivity, ztrátu jistoty a bezpečí. Jsou zátěží pro psychiku pacienta v důsledku možného prodloužení hospitalizace. ^[25]

Mezi fyzické následky pádu patří hematomy, odřeniny, zhmožděny, opařeniny, luxace kloubů, tržné rány, zlomeniny, těžká poranění hlavy, krvácení do mozku a v nejhorších případech i úmrtí pacienta. ^[7,9]

6 PREVENCE PÁDŮ

Při dodržení všech preventivních opatření lze některým pádům i jejich následkům zabránit. Prevence pádů se týká činnosti celého ošetrovatelského týmu. Jejím cílem je co nejvíce snížit riziko pádů a současně zachovat co největší mobilitu a soběstačnost pacienta. ^[4,24]

6.1 Identifikace pacienta ohroženého pádem

Vstupní hodnocení a pozdější přehodnocování rizika pádů je pro tuto problematiku velmi zásadní. ^[4]

V ideálním případě se screening rizika pádů provádí při příjmu pacienta na oddělení, při každé změně zdravotního stavu či soběstačnosti pacienta a v pravidelných intervalech podle zvyklostí konkrétního oddělení. Mezi sledované aspekty rizikovosti pádu patří věk, schopnost pohybu a soběstačnost včetně používání kompenzačních pomůcek (testy ADL), poruchy vyprazdňování, riziková medikace, mentální status, smyslové poruchy, pád v anamnéze a mnohé další.^[25]

Každá nemocnice používá jiný způsob identifikace pacienta. Nejčastější možností je barevné odlišení, např. pomocí náramků, označení šanonů s dokumentacemi pacientů a na soupisu pacientů hospitalizovaných v dané chvíli na oddělení, které můžeme najít většinou v pracovně sester.

6.2 Primární prevence

Primární prevence zahrnuje pravidelnou fyzickou aktivitu, která vede k dosažení co největší fyzické zdatnosti pacienta, posilování svalstva dolních končetin a udržování pohyblivosti kloubů, dodržování racionální výživy, dostatečnou hydrataci, stabilní obuv a další. Zdravotnický personál hraje nejdůležitější roli v edukaci a motivaci pacienta.^[10]

6.2.1 Fyzická aktivita pacienta

Se zvyšujícím se věkem dochází k četným fyziologickým změnám. Především ztráta svalové hmoty, která je způsobena imobilizací vede k velmi závažným důsledkům, mezi které patří i pády.^[9]

Snažíme se udržet nebo zlepšit stávající dovednosti. Nalézt fyzickou aktivitu, která má pozitivní vliv jak na zdravotní, tak na emoční stav pacienta. Pravidelné cvičení zvyšuje sebedůvěru a sebeúctu, snižuje úzkost, podporuje dobrou náladu, udržuje tělesnou kondici, podporuje spánek a vyprazdňování, a zlepšuje koncentraci i další kognitivní funkce.^[3,15]

Mobilizace dlouhodoběji ležících pacientů patří do rukou hlavně rehabilitačních pracovníků. V rámci rehabilitačního ošetřovatelství má zdravotní sestra především za úkol udržovat dovednosti, které má pacient s pomocí fyzioterapeutů a ergoterapeutů nacvičené.

6.2.2 Výživa a hydratace

Svalstvo je zdrojem aminokyselin, a pokud je zásoba proteinů díky svalové redukci omezená, dochází ke vzniku malnutrice. Tento stav se zásadním způsobem podílí na rozvoji hypomobility, únavy a nevykonnosti i na vzniku pádů ^[8,9]

Ve zdravotnickém zařízení je strava přizpůsobena zdravotnímu stavu pacienta. Obecně platí, že strava má být racionální.

S vyšším věkem se vytrácí pocit žízně, to vede k dehydrataci organismu, proto je nejen pro seniory důležité během dne popíjet tekutiny v množství alespoň dva litry za den. Nejvýhodnější je pití ovocných a bylinných čajů, střídání minerálních vod, přírodních ovocných šťáv a ředěných 100% džusů. ^[12]

6.2.3 Obuv

Pro nestabilního pacienta je velmi důležitá bezpečná obuv. Měl by se vyvarovat obuvi s nevhodnou podrážkou, s volnou patou a s podpatky. Měl by vždy nosit dobře zavázanou obuv, která sedí přesně na jeho nohu, není velká ani malá. Zvláště nevhodná je stará, rozšlapaná a volná obuv nebo pantofle. ^[4,9]

6.3 Sekundární a terciální prevence

Sekundární a terciální prevencí se rozumí intervence, které jejich časným vyhledáváním a terapeutickými opatřeními zlepšují prognózu nebo zabráňují progresi choroby a vzniku komplikací. Pozornost je obrácena hlavně k osobám, které mají poruchy pohyblivosti a pády v anamnéze. Sekundární a terciální prevence pádů zahrnuje zejména léčbu onemocnění, úpravu prostředí a použití rehabilitačních a kompenzačních pomůcek. ^[10]

6.3.1 Prostředí

Z hlediska prevence pádů by za ideálních podmínek mělo každé oddělení splňovat zásady bezbariérového prostředí.

Je vhodné, aby lůžko mělo zábrany podle ČSN. Použití zábran se vždy řídí ordinací lékaře. Lůžko by dále mělo mít nastavitelnou výšku, a zvláště na noc by mělo být v co nejnižší poloze. Důležitý je přístup ze tří stran a prázdný prostor kolem lůžka o velikosti 90 cm. ^[5] Každé dětské lůžko by mělo být opatřeno postranicemi.

Použití kontrastních barev stěn a podlah umožňuje lepší orientaci pacientů se slabším viděním. ^[5]

Z hlediska prevence pádů je důležité, aby podlaha byla protiskluzná, použití reflexních pásů taktéž zlepšuje orientaci pacienta na pokoji. ^[5]

V noci by mělo být k dispozici noční osvětlení a lokální osvětlení lůžka, jehož použití si sám koriguje pacient. ^[5]

Pacient by měl být edukován, že nelze mít kolem lůžka volně osobní věci. Močové láhve a podložní mýsy jsou umístěny individuálně dle schopnosti pacienta. Pokud pacient není schopen použít potřeby k vyprazdňování a tuto péči zajišťuje personál, je nutné vždy nechávat podložní mýsy a močové láhve nejlépe pod lůžkem nebo ve speciálních držácích pro ně určených. ^[5,10,24]

Noční stolek by měl být umístěn vždy tak, aby dvířka směřovala k pacientovi. Nábytek, který má kolečka, by měl být opatřen brzdou, rohy nábytku by měly být kulaté. ^[5,10]

Je vhodné, aby při delších vzdálenostech byla na zdech připevněna bezpečnostní madla a to včetně toalety, sprchy, chodeb. ^[5]

Samozřejmostí je funkční signalizační zařízení, které má být nainstalováno jak na pokojích, tak i na sociálních zařízeních. ^[5,10,24]

6.3.2 Použití omezovacích prostředků

V rámci pasivní bezpečnosti je někdy nutné použít omezovacích prostředků k prevenci pádů a úrazů. ^[18]

Omezovací prostředky mohou být buď mechanické, nebo chemické. Mezi mechanické prostředky patří klecová či síťová lůžka, zábrany, kurty. K chemickým prostředkům řadíme veškeré léky (neuroleptika, anxiolytika, sedativa,...) ^[18]

Použití restriktivních opatření je velmi diskutabilní, a to hlavně proto, že ochránci lidských práv tvrdí, že omezují pacientovu svobodu. Užití omezovacích pomůcek se provádí vždy podle písemné ordinace lékaře, a to jen v případě sebepoškození pacienta. Tento úkon se musí vždy pečlivě zaznamenat do dokumentace. ^[2,18]

Ministerstvo zdravotnictví ČR vydalo ve svém věstníku, který byl publikován v roce 2005 metodické opatření, jež rozšiřuje definici omezujících prostředků na psychiatrických zařízeních v ČR. Omezujícími prostředky se rozumí pobyt pacienta na uzavřeném oddělení, umístění pacienta do síťového lůžka, izolační místnosti, omezení pacientova pohybu pomocí ochranných pásů a kurtů, užití ochranných prostředků jako jsou svěrací kazajky, připoutání k lůžku, kočárku, křeslu a nosítkům, a také parenterální podávání psychofarmak. ^[18]

6.4 Prevence pádů na pediatrii

Na dětském oddělení je nutné dodržovat některé zásady jako např.:

- u všech pacientů do tří let by měly být použity dětské postýlky,
- v pravidelných intervalech pomáhat dětem s vyprazdňováním moče i stolice,
- nikdy nedovolit dětem sedat na kancelářské židle, lézt na stoly, nábytek, pojízdné vozíky. ^[13]

Pokud je to možné, měl by rodič malého pacienta doprovázet. Je nutné nikdy nenechávat malé dítě bez dozoru. ^[13]

Aktivní prevencí se rozumí, že se dítě postupně naučí rozeznávat riziková místa, předměty i situace tím, že mu je vysvětleno, co se mu může stát, pokud bude neopatrné. Dítě si musí uvědomit následky svého jednání a tím se učit zodpovědnosti a péči o své zdraví. Oproti tomu pasivní prevence znamená vytvoření bezpečného prostředí pro dítě, což je na pediatrickém oddělení samozřejmostí. ^[26]

Přebalovací plochy by měly mít vyvýšené okraje. Při přebalování dítěte musí mít zdravotnický pracovník, ale i matka, vždy jednu ruku na těle dítěte, aby při náhlém rychlém pohybu bylo možno zabránit pádu dítěte. Všechny pomůcky potřebné k přebalování musí být vždy při ruce. ^[19]

Okna musí být zabezpečena, aby dítě nemohlo vypadnout, stejně tak schody musí být opatřeny například vrátky. Dětské židličky musí být stabilní. V kočárcích by měly být k dispozici kšíry. Vzdálenost tyčí u postranních zábran postýlky nemá přesahovat 7,5 cm, dítě pak nemá možnost prostrčit mezi nimi hlavičku. ^[26]

7 OPATŘENÍ PO PÁDU PACIENTA

7.1 Okamžitá opatření

Pokud je přítomen zdravotnický personál pádu, snaží se pád zmírnit a zajistit měkký dopad. Nejlepším řešením je nechat pacienta sesunout k podlaze, přidržel hlavu a trup. Vždy je nutné přivolat lékaře, a to i v případě, že nedošlo k žádnému viditelnému poranění. Pozdní projevy se mohou projevit až 72 hodin po pádu. ^[1, 21, 20]

Zkontrolujeme stav vědomí, dýchání a srdeční činnosti. Pokud je nemocný v bezvědomí, nedýchá a nemá hmatný puls, ihned zahájíme kardiopulmonální resuscitaci. Dále kontrolujeme, zda při pádu nedošlo k tržným poraněním, krvácení či deformitám. Pokud je pacient při vědomí, zeptáme se ho na okolnosti pádu, bolesti. Podle zjištěných informací zraněnou část těla imobilizujeme. ^[1, 21, 20]

7.2 Další postup

Po stabilizaci pacienta měříme v pravidelných intervalech krevní tlak, puls, kontrolujeme stav vědomí a reakci zornic. Dále postupujeme dle ordinací lékaře. Po pádu je vždy nutné sepsat hlášení o mimořádné události. Pacient by měl být přesunut na pokoj, který je blíže pracovně sester. ^[1] Nejčastější ošetrovatelskou intervencí je toaleta rány.

7.3 Protokol o pádu hospitalizovaného pacienta

Záznam o mimořádné události – pádu, by měl být vyplněn po každém pádu hospitalizovaného pacienta. Zdokumentování této mimořádné události vede ke zkvalitnění péče o pacienty, a to vyhledáváním rizik a následnými nápravami stávajících problémů. ^[22]

Nemocnice, které se zabývají prevencí pádu, mají zpracován záznam, který se po pádu pacienta vyplňuje. Každá nemocnice má tento formulář jiný, ale měl by obsahovat následující atributy:

- identifikace pacienta,
- datum a čas pádu, den hospitalizace,

- zhodnocení pacienta před pádem: rizikový/nerizikový pacient z hlediska pádu,
- zhodnocení pacienta po pádu, které vyplňuje sestra:
 - situace, za které k pádu došlo: pád z lůžka, pád při vstávání z lůžka, nestabilní opora, nestabilita při chůzi, zakopnutí, uklouznutí a jiné,
 - místo pádu: pokoj, chodba, WC, koupelna, jiná budova, areál nemocnice,
 - psychický stav bezprostředně po pádu: orientovanost, stav vědomí
 - somatický stav bezprostředně po pádu: bez obtíží, bledost, opocenost, dušnost, dále také zaznamenáváme puls včetně pravidelnosti a krevní tlak,
 - druh a lokalizace zranění,
- zhodnocení pacienta po pádu, které vyplňuje lékař:
 - vyšetření: žádné, konzilium, RTG, CT, jiné,
 - ošetření: žádné, toaleta rány, chirurgické šití, fixace sádrovým obinadlem, fixace elastickým obinadlem a jiné,
 - lékař by měl uvést i doporučení pro další postup,
- záznam o mimořádné události by měl obsahovat i poznámky pro slovní vyjádření lékaře nebo sestry,
- formulář by měl obsahovat i datum a hodinu vyplnění,
- nesmí chybět podpisy a jmenovky sestry i lékaře, který záznam vyplňovali.

[20]

8 SCREENINGOVÉ A JINÉ POSUZOVACÍ METODY K PREVENCI PÁDŮ

V následujícím textu se zabýváme metodami, pomocí kterých lze zjistit rizikovost pacienta z hlediska pádů.

Pro každé zdravotnické zařízení je důležité pečlivě vybírat použitou screeningovou metodu k prevenci pádů. Při hledání možných příčin pádu se musí screening zaměřovat

na specifiku daného oddělení. Otázky, které jsou v popředí například na oddělení následné péče, nejsou vždy adekvátní k použití na pediatrii.

K posouzení rizika pádů je žádoucí použít metodu, která je poměrně jednoduchá, ale na druhou stranu i efektivní. Většina screeningových metod je založená více na osobních názorech odborníků v dané oblasti, než na výzkumu.^[13]

Existuje hned několik úskalí, které by měly být brány v potaz při tvoření kvalitních metod k posouzení rizika pádů:

- spolehlivost neboli souhlas mezi posuzovateli: je to míra, do jaké dvě osoby, které hodnotí pomocí stejné screeningové metody, přidělí totožnou hodnotu těm atributům, které metoda měří,
- validita: míra, do jaké screeningová metoda měří, to co měřit má,
- citlivost: míra, do jaké je schopna daná metoda správně identifikovat riziko pádu,
- specifita: míra, do jaké je metoda schopna identifikovat, že se nejedná o riziko pádu,
- doba potřebná k hodnocení screeningové metody.^[13]

Dostupná literatura uvádí screeningové metody podle Yaukové, Conleyové, Juráskové, metodu CHAMPS, Morse fall scale, modifikovaný screeningový test a Gaitův funkční test.

8.1 Screeningová metoda č. 1: Yauková, Hopkinsová, Phillips, Bennionová (2005)

Jedná se o jednoduchou metodu, která identifikuje rizikovost pacienta pomocí čtyř jednoduchých otázek. Pro pozitivní výsledek stačí přítomnost jednoho faktoru.^[13]

- Má pacient pád v anamnéze?
- Je při příjmu do nemocnice dezorientován?
- Potřebuje pomoc při chůzi?
- Má inkontinenci stolice?

Metoda je založena na výzkumu autorů, doba k provedení screeningu je poměrně krátká. Nevýhodou je, že autoři neuvedli, jestli při kombinaci více faktorů je i riziko

pádu vyšší. Dále metoda není schopná rozpoznat riziko pádu u specifických onemocnění jako je například roztroušená skleróza. ^[13]

8.2 Screeningová metoda č. 2: Conleyová (1999)

Skóre 2 body a více a pád během hospitalizace zapříčiní pozitivní screening rizika pádů. Metoda byla vytvořena pro oddělení akutní péče. ^[13]

- Anamnéza: pád v posledních 3 měsících (2 body),
- pozorování: narušený úsudek/absence uvědomění si nutnosti bezpečnostních opatření (3 body), agitovanost (2 body), porucha chůze (1 bod),
- přímé otázky: Máte někdy závratě? (1 bod) Pomočíte se někdy nebo se zašpiníte stolicí (1bod) ^[13]

8.3 Screeningová metoda č. 3: Jurásková (2006)

Skóre 0-4 body – žádné riziko, 5-13 bodů – střední riziko, 14 - 19 bodů vysoké riziko pádu. ^[13]

- Anamnéza: DDD - Dezorientace, demence, delirium (3 body), věk nad 65 let a více (2 body), pád v anamnéze (1 bod), 24 hodin po přijetí na oddělení (1 bod), zrakový nebo sluchový problém (1 bod), užívání léků – diuretika, narkotika, sedativa, psychotropní látky, hypnotika, transkvilizéry, antidepressiva, antihypertenziva, laxativa (1 bod).
- Vyšetření: Soběstačnost – úplná (0 bodů), částečná (2 body), nesoběstačnost (3 body), schopnost spolupráce – spolupracující (0 bodů), částečně spolupracující (1 body), nespupracující (2 body).
- Přímý dotaz: Míváte závratě? (3 body). Máte v noci nucení na močení? (1 bod). Budíte se v noci a nemůžete usnout? (1 bod). ^[13]

8.4 Screeningová metoda č. 4: metoda CHAMPS, Razmusová, Wilson, Smithová, Newmanová (2006)

Tato metoda byla vytvořena pro potřeby pediatrie. Název metody je zároveň i mnemotechnickou pomůckou. První čtyři písmena odpovídají čtyřem rizikovým faktorům. ^[13]

- C - Changes in mental status: dezorientace, závratě, zmatenost,
 - novorozenci a kojenci: podrážděnost, neklid, neschopnost dítě utěšit, dítě neodpovídá na zrakový, sluchový nebo taktilní stimul.
- H – History of falls: pád, který neodpovídá úrovni vývoje dítěte.
- A – Ages than 36 months: věk pod 36 měsíců.
- M – Mobility impairment: narušená schopnost pohybu.
- P – Parental involvement: zapojení rodičů do péče.
- S –Safety: bezpečnost. ^[13]

U této screeningové metody dostupná literatura neuvádí skóre pro hodnocení.

8.5 Screeningová metoda č. 5: Morse fall scale

MFS je jednoduchou a rychlou metodou hodnocení rizika pádu. Je velmi využívána jak v nemocnicích, tak v lůžkových zařízeních pro dlouhodobou péči. Při celkovém součtu bodů znamená 0 – 24, že pacient je bez rizika pádů, 25 – 50 bodů nízké riziko pádů, rovno nebo vyšší 51 bodům svědčí pro vysoké riziko pádů. ^[4, 17]

- Pády v anamnéze: 25 bodů,
- vedlejší diagnóza: pokud má pacient více než jednu diagnózu, je ohodnocen 15 body,
- pomůcky k chůzi: pokud pacient používá berle, hůl a chodítko je ohodnocen 15 body. Pokud se při pohybu přidržuje nábytku 30 body,
- intravenózní terapie: 20 bodů,
- chůze: pokud je pacient při chůzi shrbený, není schopen zvednout hlavu, aniž by ztratil rovnováhu, nebo jsou kroky krátké, je ohodnocen 10 body. Při obtížích se vstáváním ze židle, špatné rovnováze, používání pomůcek, přidržování se nábytku, neschopnosti chodit bez pomoci – 20 bodů,

- duševní stav: zeptáme se, zda je pacient schopný dojít si na toaletu a pokud odpoví v nesouladu s ošetrovatelskou ordinací nebo přeceňuje svoje síly, je ohodnocen 15 body. ^[4,17]

8.6 Screeningová metoda č. 6: Modifikovaný screeningový test

Každé zdravotnické zařízení se snaží přizpůsobit screeningovou metodu potřebám a specifikám daných oddělení. Proto je nejpoužívanějším screeningem modifikovaný test.

Při skóre 3 a více bodů je test pozitivní.

- Pohyb: pokud pacient používá pomůcky k pohybu, potřebuje dopomoc při pohybu nebo není schopen sám pohybu, ohodnotíme ho 1 bodem,
- vyprazdňování: pacient trpící nykturií nebo inkontinencí je ohodnocen 1 bodem,
- medikace: při užívání diuretik, antikonvulziv, antiparkinsonik, antihypertenziv, psychotropních léků nebo benzodiazepinů, je pacient ohodnocen 1 bodem
- smyslové poruchy: při vizuálním nebo sluchovém smyslovém deficitu připisujeme 1 bod,
- orientace: při občasné dezorientaci, dezorientaci v minulosti a demenci přičteme 1 bod,
- věk: nad 75 let opět připisujeme 1 bod. ^[22]

8.7 Screeningová metoda č. 7: Gaitův funkční test

Je používán pro určení rovnováhy, je jednoduchý a časově nenáročný. Test je pozitivní, pokud pacient ztrácí rovnováhu, přidržuje se a potácí se. Metoda se skládá ze čtyř úkonů.

- Požádáme pacienta, aby si na 60 vteřin sedl na židli,
- poté, aby se postavil a po dobu 30 vteřin stál na místě,
- dále požádáme pacienta, aby prošel napříč místností a otočil se,
- nakonec se pacient vrátí zpět k židli a posadí se. ^[22]

8.8 Barthelův test

Barthelův test základních všedních činností, tedy Activities of Daily Living (dále ADL), je metoda, která orientačně informuje o nárocích pacienta na pomoc druhého člověka. ^[27]

Test ADL hodnotí deset různých denních činností, jako například schopnost příjmu potravy a tekutin, osobní hygieny, kontinence moči a stolice, chůze, atd., a podle přidělených bodů rozděluje pacienty na vysoce závislé, závislost středního stupně, lehce závislé a nezávislé. ^[11]

Tato metoda hodnotí úroveň soběstačnosti a schopnost sebezpěče pacienta. Uvádíme jí, protože při znalosti příčin pádu nepřímě poukazuje i na riziko pádu.

9 REALIZACE PÉČE – INDIVIDUÁLNÍ PŘÍSTUP PODLE MÍRY RIZIKOVOSTI PACIENTA

Výsledkem screeningové metody je posouzení rizikovosti pacienta z hlediska pádu, které především slouží ke zvyšování kvality péče a bezpečnosti pro pacienta.

Řada nemocnic má zpracován Standard ošetřovatelského postupu (dále SOP) týkající se pádů, ve kterém je uvedena prevence pádů, postupy po pádu a další informace, které považuje dané zdravotnické zařízení za důležité (cíle, definice pádu, příčiny pádů, ošetřovatelský postup,...). Při zjištění rizika pádů se nabízí stejnojmenná potencionální ošetřovatelská diagnóza, která se uvádí do dokumentace pacienta.

9.1 Střední riziko pádů

Při realizaci ošetřovatelského plánu postupujeme podle ošetřovatelských standardů, dbáme na všeobecná bezpečnostní opatření uvedená výše, nutná je edukace pacienta i rodinných příslušníků o riziku pádů a opatřeních, která budou aplikovaná k prevenci rizika. Vše pečlivě zaznamenáváme do edukačního listu, kde musí být podpis pacienta i sestry. Podle potřeby edukaci opakujeme. ^[13]

Dle zvyklostí oddělení musí být pacient označen jako rizikový. Doporučíme pacientovi vhodnou obuv a umístíme pacienta na pokoj blíže k sesterně. Pacient musí být kontrolován přes den i v noci minimálně jedenkrát za hodinu, na každé zazvonění pomocí signalizačního zařízení sestra reaguje okamžitě. Pacientovi doporučíme dostatečný odpočinek a pokud je třeba asistujeme mu při chůzi. Zajistíme, aby měl pacient všechny potřebné věci v dosahu lůžka. ^[13]

9.2 Vysoké riziko pádu

Pro zvýšení bezpečnosti je třeba provést intervence uvedené výše spolu s některými dalšími. Dveře od pokoje necháme vždy pootevřené, pokud uvnitř není přítomen člen ošetrovatelského personálu. Edukujeme pacienta, aby kdykoliv bude chtít vstát z lůžka, zavolal pomocí signalizačního zařízení personál. Dle indikace lékaře zajistíme zábrany k lůžku pacienta a informaci o vysoké rizikovosti pacienta z hlediska pádů oznamujeme ostatnímu personálu při výměně směn či přeložení pacienta. ^[13]

10 OŠETŘOVATELKÉ DIAGNÓZY - RIZIKO PÁDŮ

Při pozitivním screeningu rizika pádů provádíme záznam do dokumentace pacienta. Jednou z možností je použití NANDA domén, které poukazují i na rizikové faktory pádu.

10.1 Ošetrovatelské diagnózy v NANDA doménách

Potencionální diagnóza Riziko pádů 00155 patří do domény 11 s názvem Bezpečnost/ochrana a třídy 2: Fyzické poškození. ^[14]

Jako rizikové faktory pro dospělé jsou zde uvedeny pády v anamnéze, používání pomůcek, vozíku, protéza dolní končetiny, věk 65 let nebo více a klienti žijící sami.

Mezi tělesné rizikové faktory řadíme akutní onemocnění, pooperační stavy, potíže se zrakem a sluchem, artritidu, ortostatickou hypotenzi, nespavost, slabosti až mdloby

při otočení hlavy, anémii, cévní onemocnění, vliv novotvarů, urgentní inkontinenci moči, průjmy, zkrácení délky dolní končetiny, hyperglykémie po jídle, problémy s chodidly, porušenou tělesnou mobilitu, potíže s rovnováhou, potíže při chůzi, propioceptivní deficity a neuropatie.^[14]

Mezi kognitivní rizikové faktory patří oslabený mentální stav, a to je delirium, zmatenost, demence, porucha reálného hodnocení a další.

Mezi rizikovou medikaci řadíme antihypertenziva, diuretika, třífázová antidepresiva, užívání alkoholu, narkotika, hypnotika a transkvilizéry.^[14]

Jako rizikové faktory prostředí označujeme překážky různého typu, vlivy počasí, neupevněné malé koberce, neuspořádané prostředí, neznámá nebo málo osvětlená místnost a nepřítomnost protiskluzných opatření na toaletě a v koupelně.^[14]

U dětí jsou rizikovými faktory věk do dvou let, nedostatečný pud sebezáchovy, nedostatečné zabezpečení zábrany na schodech, nedostatečné zabezpečení oken, postel blízko u okna, dítě ponechané bez dozoru na lůžku, stole nebo pohovce a nedostatečný dohled rodičů.^[14]

Pokud jsme našli alespoň jeden rizikový faktor, ověříme si přítomnost rizika pomocí definice:^[20] „*Riziko pádů je standardizovaný název ošetrovatelského problému dospělého nebo dítěte se zvýšenou náchylností k pádům, které mu mohou navodit zranění.*“ (Marečková, 2006, s. 226)

Je – li výsledek ověření pozitivní, zaznamenáváme riziko pádu do ošetrovatelské dokumentace a provádíme preventivní opatření k zabránění pádu.^[14]

10.2 Ošetrovatelské diagnózy, definice a klasifikace

Potencionální diagnóza riziko pádů 00155 byla zařazena do domény 11 Bezpečnost/ochrana a třídy 2 Fyzické poškození.^[16]

Pro tuto doménu byla schválena definice pro pád: „*Zvýšená náchylnost k padání, které může způsobit fyzickou újmu.*“ (NANDA International, 2010, s. 300)

Rizikovými faktory pro dospělé, podle NANDA International, jsou pády v anamnéze, používání pomůcek (např. chodítka, hůlka), používání vozíku, protéza dolní končetiny, věk nad 65 nebo více let a klient žijící sám.^[16]

Mezi faktory, které jsou rizikové z hlediska pádu pro děti, patří kojenec bez dozoru na vyvýšeném povrchu, mužské pohlaví u dětí mladších jednoho roku, nedostatečný

rodičovský dohled, nedostatek omezujících prostředků v automobilu, okna nezabezpečená zábranami, postel umístěná blízko u okna, schody nezabezpečené vrátky a věk pod dva roky. ^[16]

NANDA International dále uvádí kognitivní rizikové faktory (snížený mentální stav), environmentální rizikové faktory (absence protiskluzového materiálu ve sprše, vaně, neuspořádané prostředí, neznámý pokoj, slabé osvětlení, venkovní podmínky, volné rohožky a zábrany), dále je uveden i vliv medikace (antidepresiva, antihypertenziva, diuretika, hypnotika, ACE inhibitory, anxiolytika, narkotika, opiáty, transkvilizéry, dále je zde zařazen i vliv alkoholu). Mezi fyziologické rizikové faktory patří anémie, artritida, inkontinence, mdloby, neoplazma, nespavost, neuropatie, nutkání, ortostatické hypertenze, pooperační stav, postprandiální změny glykémie, potíže s chůzí, problémy nohou, proprioceptivní deficit, průjem, přítomnost akutního onemocnění, snížená síla dolních končetin, vaskulární onemocnění, vizuální obtíže, zhoršená fyzická pohyblivost, zhoršená rovnováha a zhoršený sluch. ^[16]

VÝZKUMNÁ ČÁST

11 CÍLE PRÁCE, HYPOTÉZY

11.1 Cíle práce

- Zjistit postoj sester ke screeningu rizik pádu prováděného při příjmu P/K,
- zjistit, zda se s pozitivním screeningem rizika pádu dále pracuje,
- zjistit a porovnat incidenci pádu P/K na vybraných odděleních za rok 2009.

11.2 Hypotézy

Hypotézy vycházejí z výzkumných předpokladů, kde většina je považována za více jak 50 % odpovědí.

- Předpokládám, že většina zdravotních sester nepředává informace o míře rizikovosti P/K,
- předpokládám, že většina sester považuje screening rizika pádů za nadbytečný, protože se s ním dále nepracuje,
- předpokládám, že při pozitivním screeningu rizika pádů nejsou nastaveny postupy v péči, a že sestry spoléhají především na intuici

12 POUŽITÉ METODY

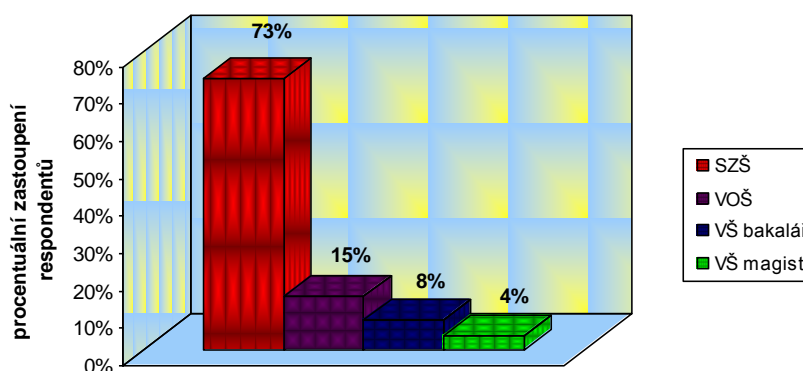
Pro průzkumné šetření byla použita metoda kvantitativního sběru dat, a to formou anonymního dotazníku, který byl rozdán všeobecným sestrám na vybraná lůžková oddělení (oddělení všeobecné chirurgie, onkochirurgie, spinální jednotka, všeobecné interny, lůžková rehabilitace, LDN, psychiatrie a pediatrie) v Krajské nemocnici Liberec a.s. Nemocnici Jablonec nad Nisou p.o. a v Městské nemocnici Dvůr králové nad Labem a.s. Dotazník obsahoval 21 otevřených, uzavřených a polootevřených otázek. První čtyři otázky byly nečíslované a sloužily k identifikaci respondentů. Týkaly se vzdělání, délky praxe, registrace v oboru a pracoviště. První dvě číslované otázky

byly zaměřeny na zkušenosti s pádem pacientů/klientů. Následující otázky (3 – 5) byly zaměřeny na prevenci pádů a nástroje prevence na daných odděleních. Další otázky (7-15) se týkaly screeningu rizika pádů včetně vyznačení rizikových pacientů, názoru sester na tento screening. Poslední část dotazníku (otázky 16 – 17) byla zaměřena na dokumentaci pádu.

13 ANALÝZA A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ

Dotazníky pro výzkumné šetření byly rozdány všeobecným sestrám na lůžková oddělení uvedených nemocnic. Bylo rozdáno 70 dotazníků. K zpracování bylo vráceno 60 dotazníků, a to odpovídá 86 %. Celkem 5 dotazníků bylo vyřazeno pro nesprávné nebo neúplné vyplnění. Ke zpracování bylo tedy použito 55 dotazníků.

Obrázek 1 Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů

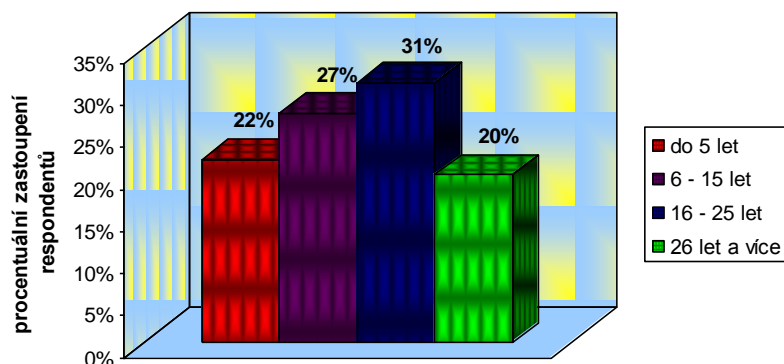


Tabulka 1 Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů

	absolutní četnost	relativní četnost
SZŠ	40	72%
VOŠ	8	15%
VŠ bakalář	5	9%
VŠ magistr	2	4%
celkem	55	100%

Graf zobrazuje zastoupení jednotlivých respondentů na základě nejvyššího dosaženého vzdělání. Z celkového počtu 55 odpovídajících (100 %) má 40 (73 %) respondentů ukončenou střední zdravotnickou školu, 8 (15 %) absolvovalo vyšší zdravotnickou školu, 5 (9 %) dokončilo vysokou školu v bakalářském oboru a 2 (4 %) v magisterském oboru.

Obrázek 2 Délka praxe

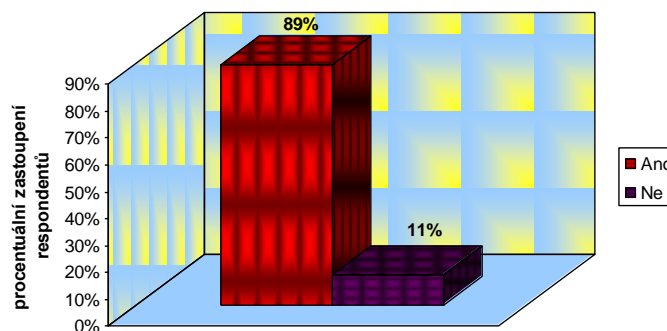


Tabulka 2 Délka praxe

	absolutní četnost	relativní četnost
do 5 let	12	22%
6 - 15 let	15	27%
16 - 25 let	17	31%
26 let a více	11	20%
Celkem	55	100%

Graf zobrazuje zastoupení jednotlivých respondentů v závislosti na délce praxe v oboru. Na tuto otázku odpovídalo 55 (100 %) respondentů. Do 5 let pracuje v oboru 12 (22 %) sester, 15 (27 %) odpovídajících uvádí svoji praxi v délce 6-15 let. Délku praxe v oboru ve výši 16 – 25 let uvádí 17 (31%) sester a více jak 26 let pracuje v oboru 11 (20 %) respondentů.

Obrázek 3 Registrace v oboru

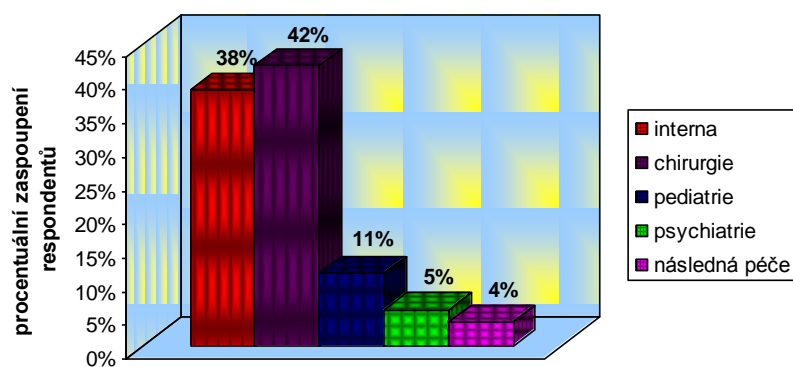


Tabulka 3 Registrace v oboru

	absolutní četnost	relativní četnost
ano	49	89%
ne	6	11%
celkem	55	100%

Graf informuje o rozdělení respondentů podle registrace v oboru. Na tuto otázku odpovídalo 55 (100 %) respondentů. Osvědčení o výkonu zdravotnického povolání bez odporného dohledu má 49 (89 %) respondentů a 6 (11 %) sester uvedlo, že registraci nemají a pracují pod odborným dohledem.

Obrázek 4 Pracoviště respondentů



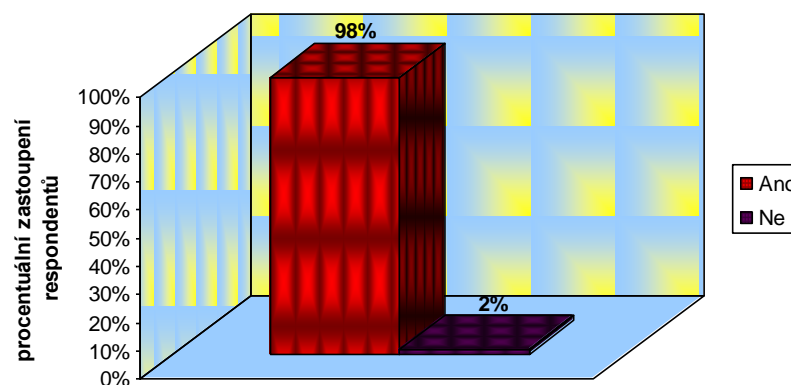
Tabulka 4 Pracoviště respondentů

	absolutní četnost	relativní četnost
interna	21	38%
chirurgie	23	42%
pediatrie	6	11%
psychiatrie	3	5%
následná péče	2	4%
celkem	55	100%

Zde je zobrazeno zastoupení jednotlivých pracovišť respondentů. Na tuto otázku odpovědělo 55 (100 %) respondentů. Na interních odděleních pracuje 21 (38 %) respondentů, na chirurgických odděleních pak 23 (42 %) dotazovaných, na oddělení

pediatrie pracuje 6 (11%) odpovídajících, na psychiatrickém oddělení 3 (5%) respondenti a na oddělení následné péče pracují 2 (4 %) dotazovaní.

Obrázek 5 Zkušenost s pády pacientů (graf k otázce č. 1)

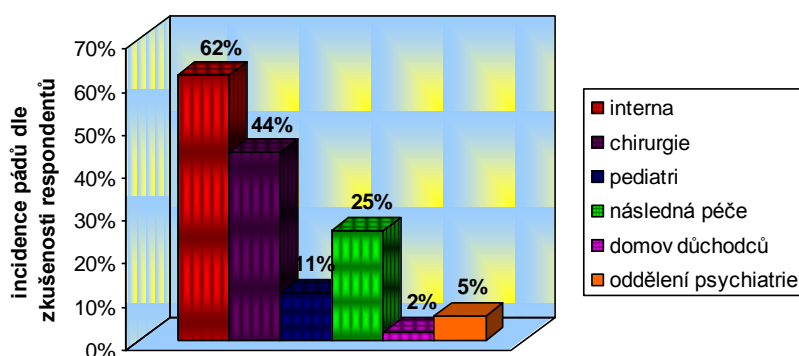


Tabulka 5 Zkušenost s pády pacientů (tabulka k otázce č. 1)

	absolutní četnost	relativní četnost
ano	54	98%
ne	1	2%
celkem	55	100%

Na tuto otázku opět odpovídalo všech 55 (100 %) respondentů, celkem 54 (98%) uvedlo, že se za dobu své praxe s pádem pacienta setkali. Oproti tomu pouhý 1 (2 %) dotazovaný se s pádem pacienta za dobu své praxe nesetkal.

Obrázek 6 Zkušenost s pády na jednotlivých odděleních

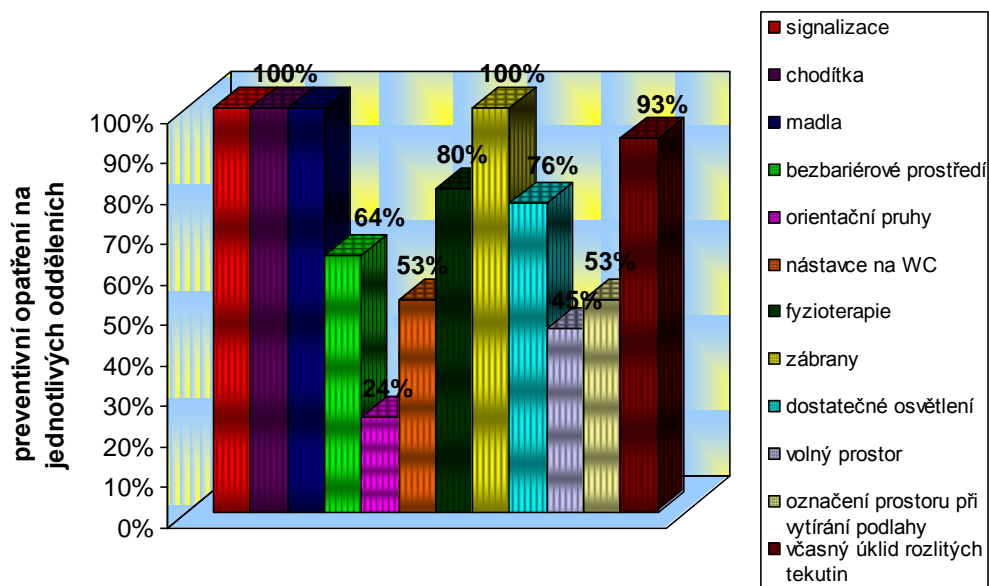


Tabulka 6 Zkušenost s pády na jednotlivých odděleních (tabulka k otázce č. 2)

	absolutní četnost	relativní četnost
interna	34	62%
chirurgie	24	44%
pediatrie	6	11%
následná péče	14	25%
domov důchodců	1	2%
oddělení psychiatrie	3	5%
celkem	82	100%

Graf znázorňuje výskyt pádů podle zkušeností respondentů. Na tuto otázku odpovídalo 54 respondentů, kterým bylo umožněno označit více odpovědí. Celkem 34 (62 %) dotazovaných uvedlo, že se setkali s pádem na interním oddělení, 24 (44 %) odpovídajících se setkalo s pádem pacienta na chirurgickém oddělení, 6 (11 %) dotazovaných uvedlo, že se setkali s pádem pacienta na dětském oddělení a 14 (25 %) respondentů na oddělení následné péče. 1 (2 %) odpovídající v domově důchodců a 3 (5 %) dotazovaní se setkali s pádem na psychiatrickém oddělení.

Obrázek 7 Preventivní opatření jednotlivých oddělení (graf k otázce č. 3)

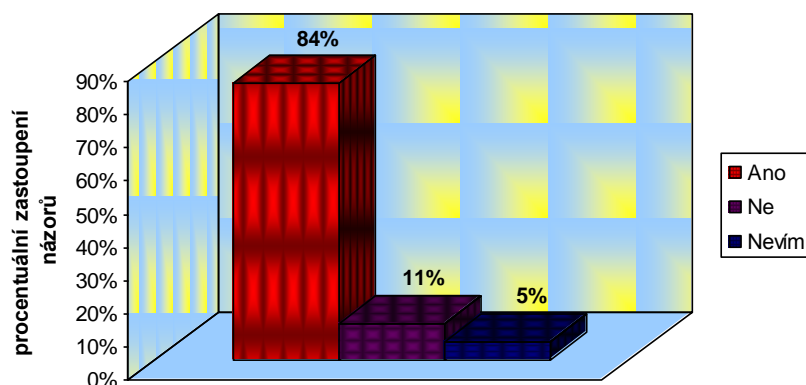


Tabulka 7 Preventivní opatření jednotlivých oddělení (tabulka k otázce č. 3)

	absolutní četnost	relativní četnost
signalizace	55	100%
chodítka	55	100%
madla	55	100%
bezbariérové prostředí	35	64%
orientační pruhy	13	24%
nástavce na WC	29	53%
fyzioterapie	44	80%
zábrany	55	100%
dostatečné osvětlení	42	76%
volný prostor	25	45%
označení prostoru při vytírání podlahy	29	53%
včasný úklid rozlitých tekutin	51	93%
celkem	488	100%

Graf znázorňuje využití preventivních mechanismů na jednotlivých odděleních. Všech 55 (100%) respondentů má k dispozici na oddělení, kde pracují signalizaci, chodítka, madla a zábrany na lůžko. Dále 35 (64%) odpovídajících uvádí, že je oddělení kde pracují bezbariérové, 13 (24 %) oddělení má na podlahách instalovány reflexní pruhy, které usnadňují orientaci pacientům se slabším viděním. 29 (53 %) respondentů uvádí, že pacienti na oddělení kde pracují mají k dispozici nástavce na WC. Pacienti, kteří jsou hospitalizováni na odděleních dle 44 (80 %) dotazovaných sester mají k dispozici fyzioterapeuty. Celkem 42 (76%) dotazovaných si myslí, že na jejich oddělení je pro pacienty dostatečné osvětlení ve dne i v noci, 25 (45%) respondentů uvádí, že jejich oddělení má dostatečně zajištěn volný prostor a stabilní nábytek. Na odděleních u 29 (53 %) dotazovaných je označen mokvý prostor při vytírání chodeb a 51 (93%) uvádí, že rozlitá tekutina na podlaze je včasné uklizena, aby nedošlo k uklouznutí pacienta, návštěvy či personálu.

Obrázek 8 Dostatek pomůcek na odděleních respondentů (graf k otázce č. 4)

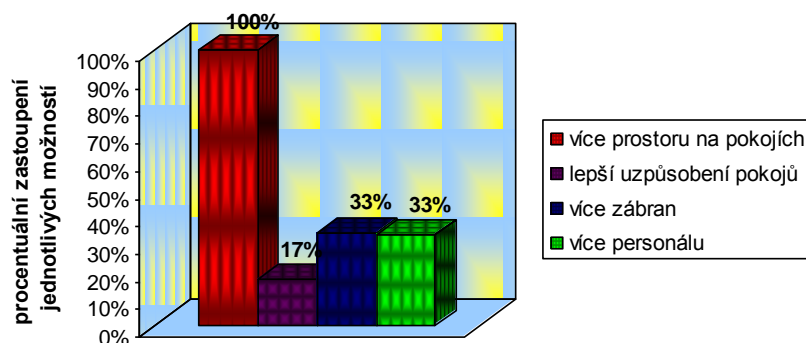


Tabulka 8 Dostatek pomůcek na odděleních respondentů (tabulka k otázce č. 4)

	absolutní četnost	relativní četnost
ano	46	84%
ne	6	11%
nevím	3	5%
celkem	55	100%

Z celkového počtu 55 (100 %) respondentů uvedlo 46 (84 %) dotazovaných, že na jejich oddělení je dostatek pomůcek vedoucích k prevenci pádu, 6 (11 %) uvedlo, že nikoliv a 3 (5 %) neumí posoudit, zda je jejich oddělení dostatečně vybaveno pomůckami k prevenci pádů.

Obrázek 9 Další preventivní opatření dle názoru respondentů (graf k otázce č. 5)

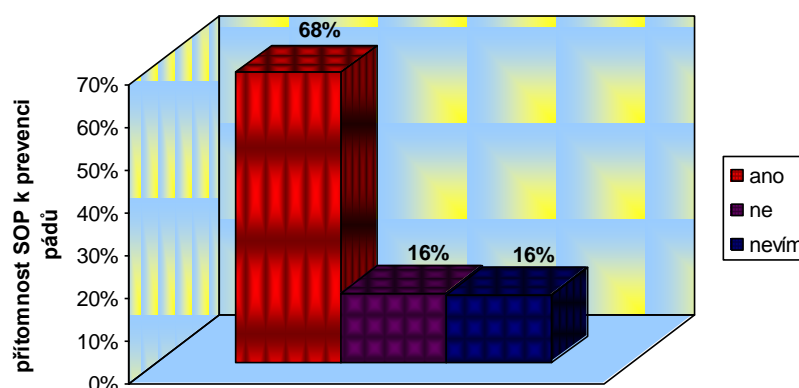


Tabulka 9 Další preventivní opatření dle názoru respondentů (tabulka k otázce č. 5)

	absolutní četnost	relativní četnost
více prostoru na pokojích	6	100%
lepší uzpůsobení pokojů	1	17%
více zábran	2	33%
více personálu	2	33%
celkem	11	100%

Na otázku č. 9 odpovídalo 6 (100 %) respondentů, kteří v předchozí otázce uvedli, že na oddělení, kde pracují, není dostatek pomůcek k prevenci pádu. Všech 6 (100 %) shodně odpovědělo, že na jejich odděleních schází dostatek prostoru na pokojích, 1 (17 %) uvádí, že mu chybí lépe uzpůsobené pokoje, 2 (33 %) postrádají více zábran, které by měli k dispozici a 2 (33 %) dotazovaní si myslí, že je nedostatek personálu ve směně.

Obrázek 10 Dostupnost SOP k prevenci pádů (graf k otázce č. 6)

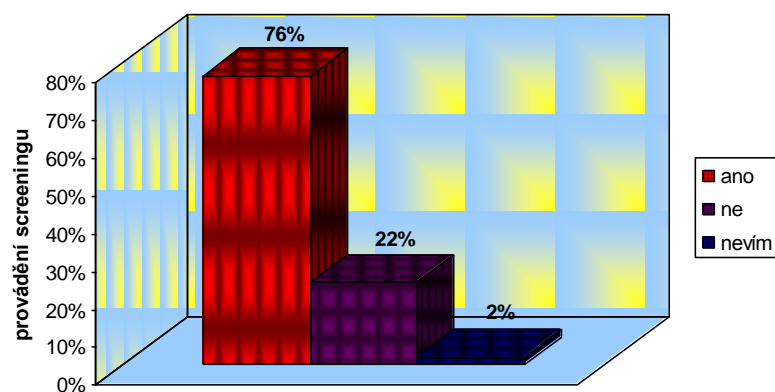


Tabulka 10 Dostupnost SOP k prevenci pádů (tabulka k otázce č. 6)

	absolutní četnost	relativní četnost
ano	37	68%
ne	9	16%
nevím	9	16%
celkem	55	100%

Graf zobrazuje dostupnost SOP k prevenci pádů na odděleních respondentů. Z celkového počtu 55 (100 %) má 37 (67 %) na oddělení k dispozici SOP k prevenci pádů, 9 (16 %) nikoliv a taktéž 9 (16 %) neví.

Obrázek 11 Provádění screeningu rizika pádů (graf k otázce č. 7)

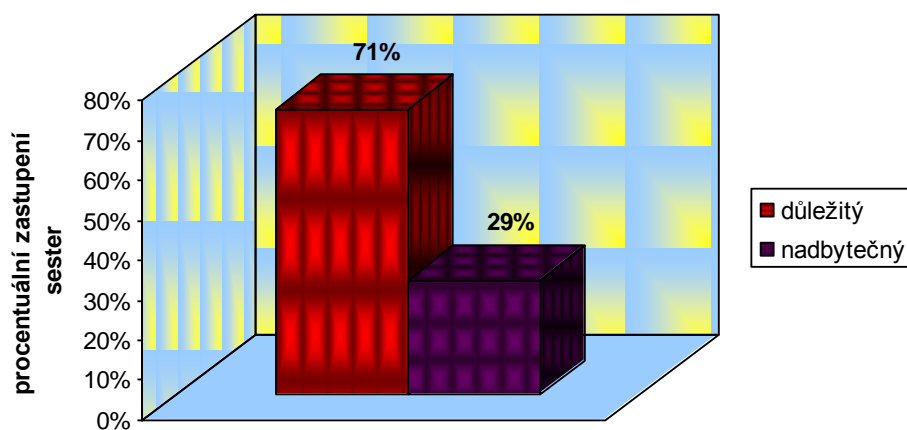


Tabulka 11 Provádění screeningu rizika pádů (tabulka k otázce č. 7)

	absolutní četnost	relativní četnost
ano	42	76%
ne	12	22%
nevím	1	2%
celkem	55	100%

Graf znázorňuje provádění screeningu rizika pádů na odděleních respondentů. Z celkového počtu 55 (100 %) dotazovaných uvedlo 42 (76 %) odpovídajících, že na jejich oddělení screening rizika pádů provádějí, 12 (22 %) oddělení screening neprovádí a 1 (2 %) respondent neví, zda se screening rizika pádů na oddělení, kde pracuje provádí

Obrázek 12 Náзор sester na screening (graf k otázce č. 8)

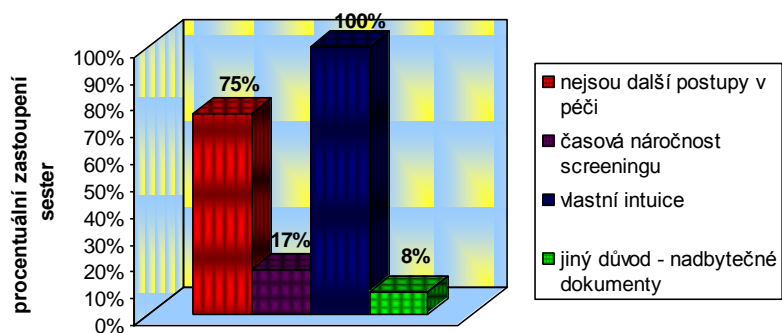


Tabulka 12 Názor sester na screening (tabulka k otázce č. 8)

	absolutní četnost	relativní četnost
důležitý	30	71%
nadbytečný	12	29%
celkem	42	100%

Graf informuje o názoru sester na screening rizika pádů. Z celkového počtu 55 (100 %) dotazovaných uvedlo 30 (71 %) respondentů, že screening rizika pádů považují za důležitý pro bezpečí pacienta a 12 (29 %) dotazovaných považuje screening rizika pádů za nadbytečný.

Obrázek 13 Odůvodnění nadbytečnosti screeningu (graf k otázce č. 12)



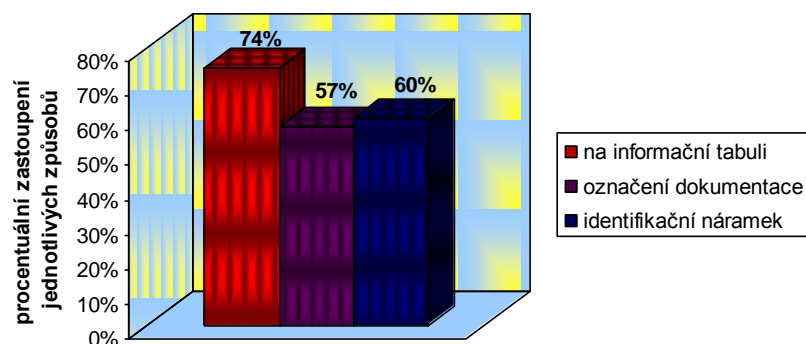
Tabulka 13 Odůvodnění nadbytečnosti screeningu (graf k otázce č. 12)

	absolutní četnost	relativní četnost
nejdou další postupy v péči	9	75%
časová náročnost screeningu	2	17%
vlastní intuice	12	100%
jiný důvod - nadbytečné dokumenty	1	8%
celkem	24	100%

Na otázku č. 9 odpovídalo 12 (100 %) respondentů, přesněji ti, kteří považují screening rizika pádů za nadbytečný. Dotazovaným bylo umožněno označit více odpovědí. Celkem 9 (75%) respondentů považuje screening rizika pádů za nadbytečný, protože na pozitivní screening rizika pádů nenavazují další předepsané

postupy v péči, 2 (17 %) dotazovaní si myslí, že vyplňování screeningu trvá dlouhou dobu, 12 (100%) spoléhá na vlastní intuici v odhadu rizika pádů.

Obrázek 14 Vyznačení informace o rizikovosti (graf k otázce č. 10)

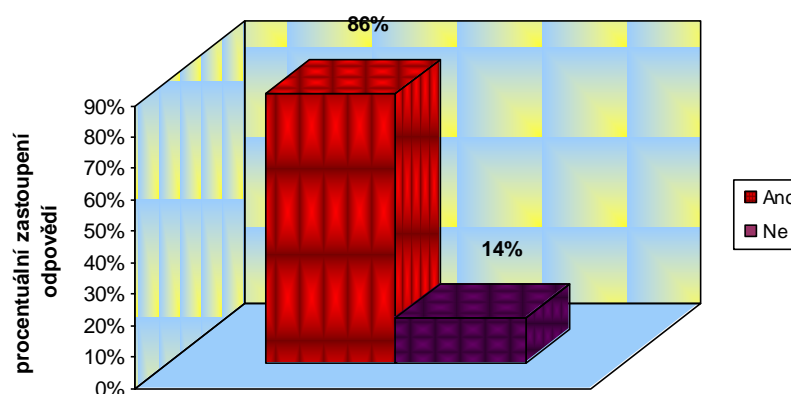


Tabulka 14 Vyznačení informace o rizikovosti (tabulka k otázce č. 10)

	absolutní četnost	relativní četnost
na informační tabuli	31	74%
označení dokumentace	24	57%
identifikační náramek	25	60%
celkem	79	100%

Další otázka zjišťovala označení rizikových pacientů na odděleních dotazovaných. Na tuto otázku odpovídaly jen ty sestry, které mají k dispozici screening rizika pádů. Odpovídajícím bylo opět umožněno označit více odpovědí. Z 42 (100 %) respondentů odpovědělo 31 (74 %), že rizikový pacient je označen na informační tabuli u soupisu hospitalizovaných pacientů pomocí barevného odlišení, 24 (57 %) dotazovaných uvedlo, že je označena dokumentace rizikových pacientů pomocí barev a na oddělení u 25 (60 %) jsou riziková pacienta označena pomocí barevných identifikačních náramků.

Obrázek 15 Přehodnocování screeningu během hospitalizace (graf k otázce č. 11)

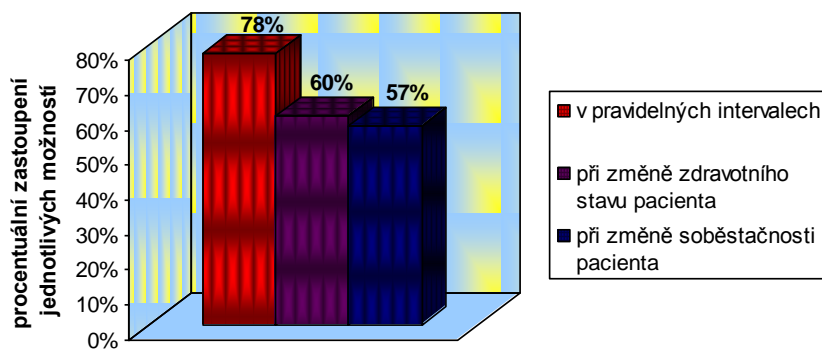


Tabulka 15 Přehodnocování screeningu během hospitalizace (tabulka k otázce č. 11)

	absolutní četnost	relativní četnost
ano	36	86%
ne	6	14%
celkem	42	100%

Následující otázka zjišťovala, jestli se screening rizika pádů během hospitalizace přehodnocuje. Z 42 (100 %) dotazovaných uvedlo 36 (86 %), že screening rizika pádů přehodnocuje a 6 (14 %) nikoliv.

Obrázek 16 Příležitosti přehodnocování screeningu (graf k otázce č. 12)

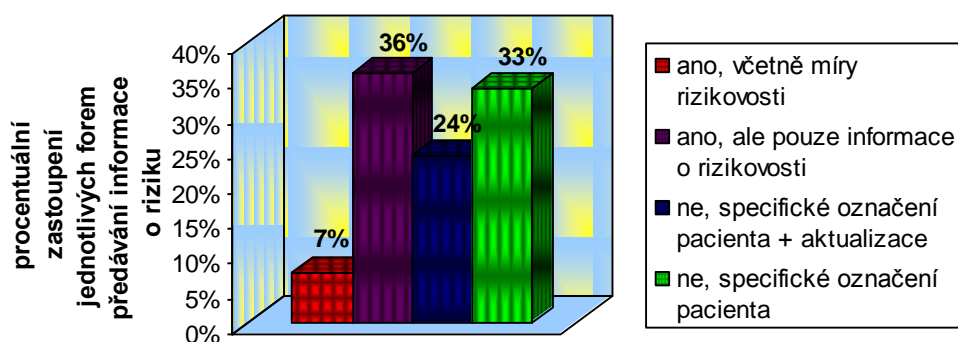


Tabulka 16 Příležitosti přehodnocování screeningu (tabulka k otázce č. 12)

	absolutní četnost	relativní četnost
v pravidelných intervalech	27	78%
při změně zdravotního stavu pacienta	21	60%
při změně soběstačnosti pacienta	20	57%
celkem	68	100%

Graf znázorňuje příležitosti, při kterých je screening rizika pádů přehodnocován. Respondentům bylo umožněno označit více odpovědí. Odpovídali pouze ti, kteří screening rizika pádů přehodnocují. Z 36 (100 %) odpovídajících uvedlo 27 (77%) , že přehodnocují screening v pravidelných intervalech dle zvyklosti oddělení, 21 (60 %) při změně zdravotního stavu pacienta a 20 (57%) při změně soběstačnosti pacienta.

Obrázek 17 Předávání informace o rizikovosti pacienta z hlediska pádů (graf k otázce č. 13)

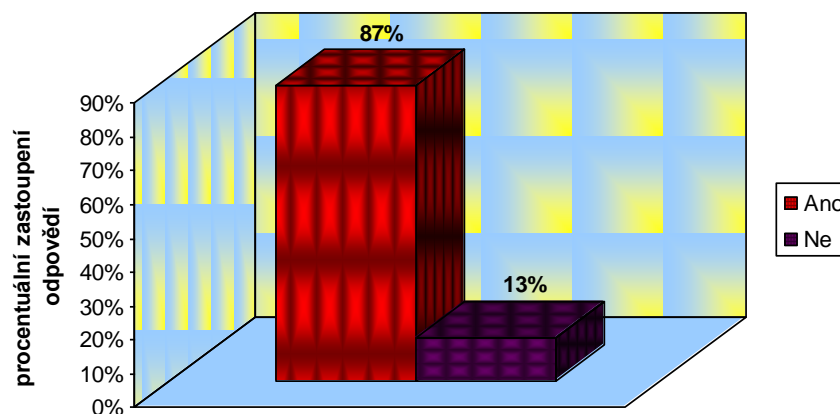


Tabulka 17 Předávání informace o rizikovosti pacienta z hlediska pádů (tabulka k otázce č. 13)

	absolutní četnost	relativní četnost
ano, včetně míry rizikovosti	3	7%
ano, ale pouze informace o rizikovosti	15	36%
ne, specifické označení pacienta + aktualizace	10	24%
ne, specifické označení pacienta	14	33%
celkem	42	100%

Další otázka zjišťovala, zda si sestry předávají informaci o pozitivním screeningu rizika pádů. Z celkového počtu 42 (100 %) dotazovaných odpověděli 3 (7%) respondenti, že předávají míru rizikovosti pacienta společně se službou, 15 (36 %) respondentů předává pouze informaci o rizikovosti, 10 (24 %) nepředává informaci o pozitivním screeningu rizika pádů, přičemž pacienti na oddělení, kde pracují jsou specificky označeni a toto označení se v pravidelných intervalech aktualizuje a 14 (33 %) uvádí, že nepředává informaci o pozitivním screeningu společně se službou, pacienti na oddělení jsou specificky označeni.

Obrázek 18 Důležitost znalosti rizika pádů pacienta pro práci sester (graf k otázce č. 14)

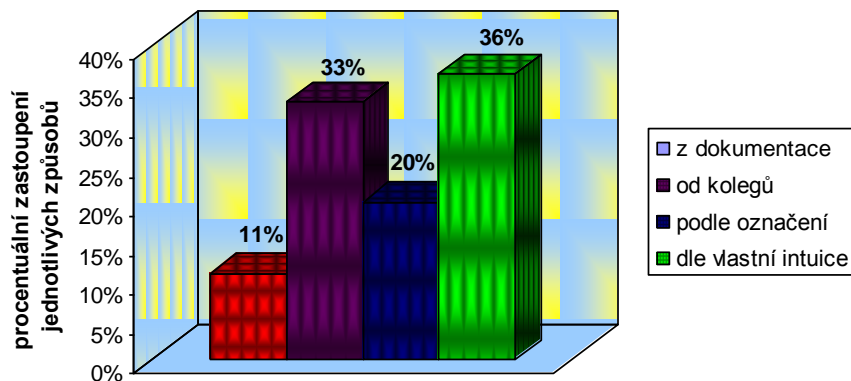


Tabulka 18 Důležitost znalosti rizika pádů pacienta pro práci sester (tabulka k otázce č. 14)

	absolutní četnost	relativní četnost
ano	48	87%
ne	7	13%
celkem	55	100%

Následující otázka zjišťovala, zda sestry myslí, že je pro jejich práci důležité znát míru rizikovosti pacienta. Z celkového počtu 55 (100%) dotazovaných uvedlo 48, že je pro jejich práci důležité znát rizikovost pacient z hlediska pádů a 7 (13 %) nikoliv.

Obrázek 19 Zdroj čerpání informací o rizikovosti pacienta (graf k otázce č. 15)

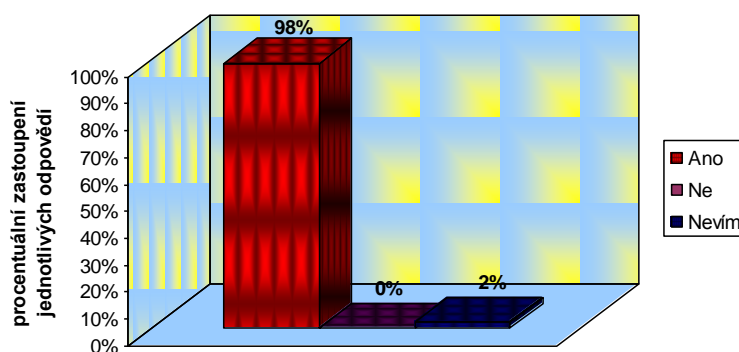


Tabulka 19 Zdroj čerpání informací o rizikovosti pacienta (tabulka k otázce č. 15)

	absolutní četnost	relativní četnost
z dokumentace	6	11%
od kolegů	18	33%
podle označení	11	20%
dle vlastní intuice	20	36%
celkem	55	100%

Na další otázku odpovídalo všech 55 (100%) dotazovaných. Otázka zjišťovala, odkud sestry nejčastěji čerpají informaci o rizikovosti pacientů. Přičemž 6 (11 %) dotazovaných tuto informaci čerpá nejčastěji z dokumentace pacienta, 18 (33 %) se informaci o rizikovosti pacienta z hlediska pádů dozvídá od dalších členů ošetrovatelského týmu, 11 (20 %) podle specifického označení pacienta a 20 (36 %) sester se spoléhá na vlastní intuici v odhadu rizika pádů.

Obrázek 20 Dostupnost formuláře o mimořádné události (graf k otázce č. 16)

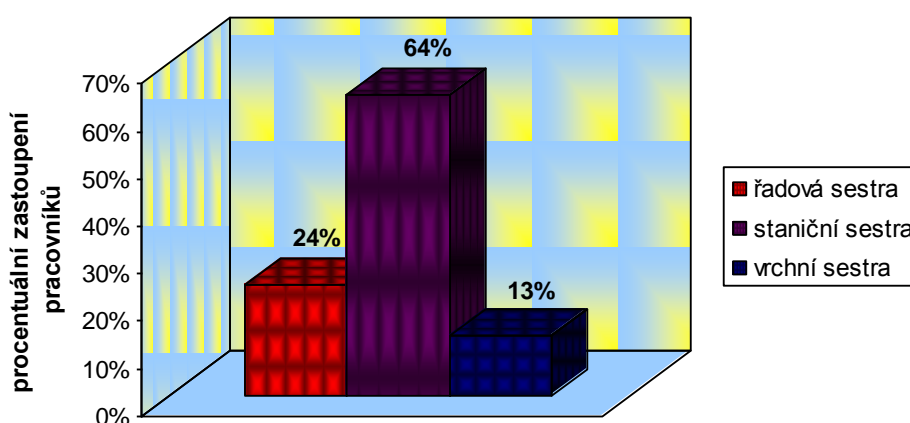


Tabulka 20 Dostupnost formuláře o mimořádné události (tabulka k otázce č. 16)

	absolutní četnost	relativní četnost
ano	54	98%
ne	0	0%
nevím	1	2%
celkem	55	100%

Následující graf zobrazuje dostupnost formuláře o mimořádné události – pádu pacienta. Z celkového počtu 55 respondentů odpovědělo 54 (98 %), že na jejich oddělení je tento formulář k dispozici a 1 (2 %) respondent neví.

Obrázek 21 Pracovník, který vyplňuje záznam o mimořádné události (graf k otázce č. 17)



Tabulka 21 Pracovník, který vyplňuje záznam o mimořádné události (tabulka k otázce č. 17)

	relativní četnost	absolutní četnost
řadová sestra	13	23%
staniční sestra	35	65%
vrchní sestra	7	12%
celkem	54	100%

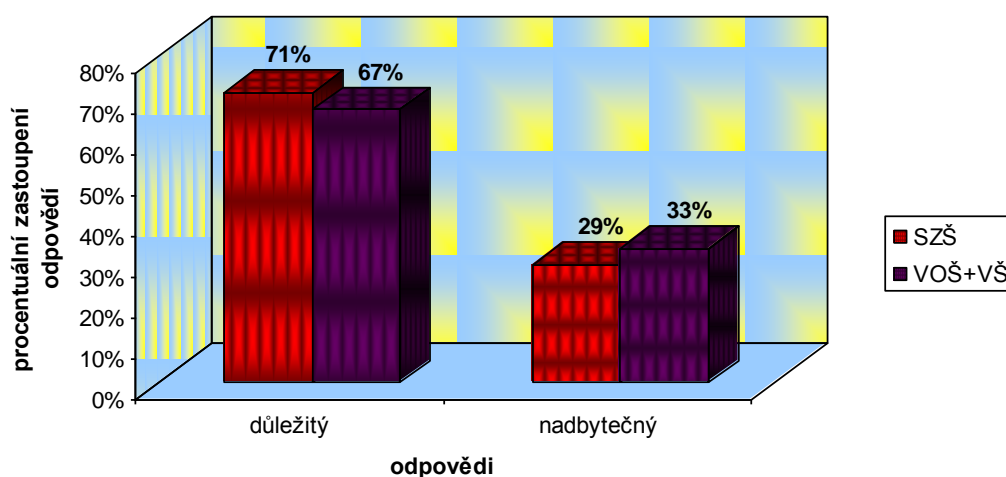
Poslední otázka zjišťovala, kdo na jednotlivých odděleních zpracovává záznam o mimořádné události. Odpovídalo celkem 54 (100 %) respondentů. Na odděleních u 10 (24 %) respondentů vyplňuje tento záznam řadová sestra, u 35 (64 %) formulář vyplňuje staniční sestra a u 7 (13 %) vyplňuje záznam vrchní sestra.

Zajímalo nás, zda vzdělání sester a délka praxe ovlivňují jejich názory na screening rizika pádů.

Z grafu č. 22 lze vyčíst, že vzdělání sester nemá vliv na jejich názor na screening rizika pádů. Je třeba sestry o pádech pacientů informovat, a to např. formou různých konferencí, seminářů, vnitřních auditů, atp.

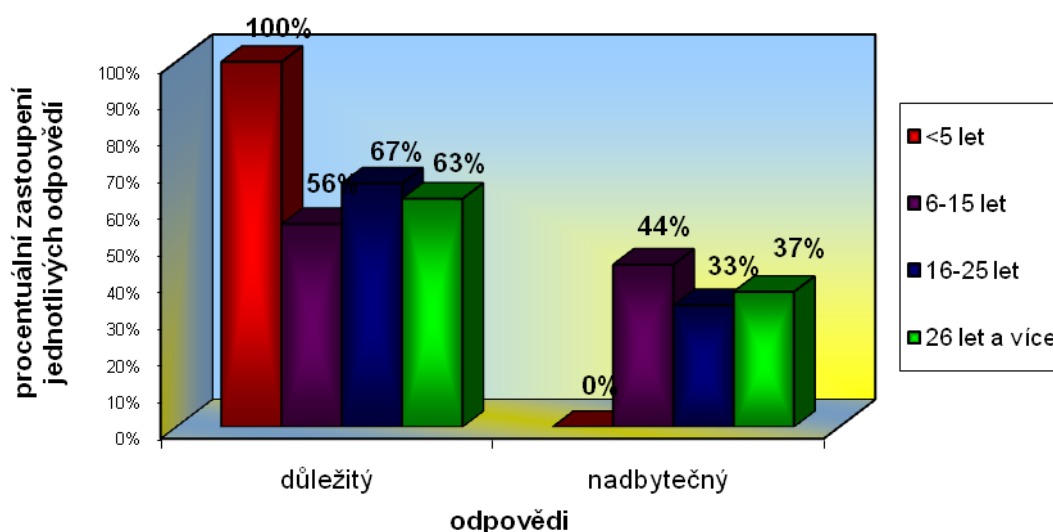
V grafu č. 23 se výrazně liší pouze odpovědi sester, které uvádějí praxi v délce do 5 let, kdy všichni respondenti považují screening rizika pádů za důležitý pro bezpečí pacienta. Z výsledků je patrné, že téměř polovina sester, která pracuje ve zdravotnictví 6-15 let uvádí, že je screening rizika pádů nadbytečný.

Obrázek 22 Názor sester na screening rizika pádů v závislosti na vzdělání



Graf znázorňuje názory sester na screening rizika pádů v závislosti na jejich vzdělání. Celkem 71 % sester se střední zdravotnickou školou a 67 % s vyšším vzděláním považuje screening rizika pádů za důležitý pro bezpečí pacienta. Oproti tomu 29 % sester se SZŠ a 33 % sester s vyšším vzděláním považuje screening rizika pádů za nadbytečný.

Obrázek 23 Názor sester na screening rizika pádů v závislosti na délce praxe



Graf zobrazuje názor sester na screening rizika pádů v závislosti na délce praxe. Všechny sestry s délkou praxe do 5 let, 56 % sester pracujících ve zdravotnictví 6-15 let, 67 % sester délkou praxe 16 – 25 let a 63 % sester pracujících ve zdravotnictví déle než 26 let uvádí, že je screening rizika pádů důležitý pro bezpečí pacienta. Dále 44 % sester pracujících ve zdravotnictví 6 – 15 let, 33 % sester s délkou praxe 16 – 25 let a 37 % sester pracujících ve zdravotnictví více jak 26 let si myslí, že je screening rizika pádů nadbytečný.

14 DISKUZE

Dle očekávání odpovídalo nejvíce sester, které mají středoškolské vzdělání a podstatně méně respondentů, kteří absolvovali Vyšší nebo Vysokou školu. V posledních letech se vzdělání sester zvyšuje, čemuž napomáhá i nynější nutnost registrace sester v oboru. Vzdělané sestry se stávají kvalitnějšími články ošetrovatelského týmu a jsou nakloněny zavádění novinek do zdravotnictví – ošetrovatelství.

Z výzkumného šetření vyplývá, že převážná část respondentů má osvědčení o výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu. Velmi důležitým poznatkem

bylo, že všechny sestry bez registrace považují screening rizika pádů za důležitý pro bezpečí pacienta. Názor sester registrace neovlivňuje. Jak lze vyčíst z grafu č. 22, ani vyšší vzdělání neovlivňuje názor sester na screening rizika pádů.

Převážná část respondentů pracuje na interním a chirurgickém oddělení. Spinální jednotka byla zahrnuta do chirurgických oddělení jakožto oddělení chirurgického typu, a stejně tak oddělení rehabilitace bylo zahrnuto do interních oddělení. Ostatní sestry pracují na oddělení následné péče, pediatrii a psychiatrii. Sestry z interních a chirurgických oddělení spolu se sestrami z oddělení následné péče mají s pády pacientů jistě velké zkušenosti, proto jejich názor na tuto problematiku bude ovlivněn zkušeností.

Pomocí další otázky jsem se respondentů ptala, zda se za délku svojí praxe setkali s pádem. Všechny sestry kromě jedné shodně odpovídají, že ano, což je pro praktickou část bakalářské práce velmi přínosné, jelikož jsou sestry s touto problematikou seznámené a zkušenost s pády pacientů jistě ovlivní jejich názor.

Výzkumné šetření zjišťovalo, na jakých odděleních se sestry setkaly s pádem. Dle očekávání se odpovědi odvíjí hlavně podle oddělení, kde sestry pracují. Nejvíce zkušeností s pádem mají sestry na interním a chirurgickém oddělení, protože sestry z chirurgických a interních oddělení byly také nejčastějšími respondenty. Třetí nejčastější označenou možností bylo oddělení následné péče. Ostatní odpovědi byly zastoupeny téměř shodně.

Předmětem zkoumání byly i možnosti preventivních opatření, které mají sestry k dispozici na oddělení, kde pracují. Z výsledků je patrné, že sestry mají k dispozici celou řadu preventivních opatření, kdy nejčastěji je to signalizace, chodítka, madla a zábrany na lůžko. O něco méně pak bezbariérové prostředí, nástavce na WC, včasný úklid tekutin rozlitých na podlaze a dostatečné osvětlení ve dne i v noci. Velmi mě překvapilo, že jen méně než polovina sester uvádí, že na jejich odděleních je zajištěn volný prostor a stabilní nábytek. Volný prostor je základem pro prevenci pádů a jedním z nejlépe dosažitelných a ovlivnitelných preventivních opatření. Jen 53 % sester označuje mokrého prostor při vytírání, a to i přes to, že mokrá podlaha je častou příčinou pádu. Velmi jednoduše lze pacienty na mokrou podlahu upozornit např. označením mokrého prostoru při vytírání informativními jehlany či tabulemi.

Další otázka zkoumala názor sester na dostatečnost pomůcek, které vedou k prevenci pádů. Naprostá většina respondentů uvádí, že jejich oddělení disponuje dostatečným množstvím pomůcek. Vzhledem k tomu, že se téměř všechny sestry setkaly s pádem pacienta, tak se domnívám, že umí posoudit dostatečnost preventivních

pomůcek. Avšak 11 % sester uvádí, že na jejich oddělení není dostatek pomůcek k prevenci pádů. Tuto skutečnost je třeba oznámit vrchní nebo staniční sestře spolu s návrhem pomůcek, které by měly být k dispozici.

Následující otázka směřovala k respondentům, kteří v předchozí otázce odpověděli, že na jejich oddělení není dostatek preventivních opatření k prevenci pádů. Tito dotazovaní byli požádáni, aby uvedli, co za pomůcky na jejich odděleních chybí, a to formou otevřené otázky. Shodně postrádají více místa na pokojích a jejich lepší uzpůsobení, dále více zábran k dispozici a v neposlední řadě i více personálu ve službě.

Pomocí následující otázky jsem zjišťovala, zda je na pracovištích sester k dispozici SOP týkající se prevence pádů. Většina respondentů uvedla, že SOP k dispozici má. Nejvíce dotazníků bylo rozdáno do Krajské nemocnice Liberec a.s. a Nemocnice Jablonec nad Nisou p.o., které byly před časem akreditovány dle národních standardů Spojené akreditační komise, a proto se tato odpověď dala předpokládat. Téměř pětina dotazovaných odpověděla, že neví, zda je k dispozici SOP o prevenci pádů, což zřejmě pramení v nezájmu o danou problematiku. Je třeba zvýšit informovanost sester různými semináři, konferencemi a kontrolovat jejich znalosti např. vnitřními audity.

Výzkumné šetření zjišťovalo přítomnost a provádění screeningu rizika pádů na odděleních respondentů. Většina dotazovaných odpovídá, že na jejich oddělení screening rizika pádů provádějí. Screening rizika pádů považují za důležitou součást prevence. Rizikový pacient potřebuje více dopomoci při denních činnostech a také častější kontrolu jejich stavu.

Otázka č. 8 zkoumala názor sester na screening rizika pádů. Téměř $\frac{3}{4}$ dotazovaných tento screening považuje za důležitý pro bezpečí pacienta, více jak $\frac{1}{4}$ ho považuje za nadbytečný. Oproti tomu na otázku č. 14 odpovědělo pouze 13 % dotazovaných, že pro práci sestry není důležité znát míru rizikovosti pacienta. V těchto dvou otázkách docházelo ke střetu názorů, vyplývá z nich, že podle některých sester je znalost rizika pádů důležitá pro bezpečí pacienta, ale pro práci sester nikoliv.

Další otázka směřovala k respondentům, kteří si myslí, že je screening rizika pádů nadbytečný. Zjišťovala jsem proč tomu tak je. Většina dotazovaných uvádí, že na pozitivní screening nenavazují další předepsané postupy v péči, další dva dotazovaní odpovídají, že vyplňování screeningu zabere dlouho dobu, jeden dotazovaný si myslí, že sestry vyplňují velké množství nadbytečných dokumentů a všichni respondenti spoléhají na vlastní intuici v odhadu rizika pádů. Celkem 68 % dotazovaných uvedlo, že má k dispozici SOP, kde je jsou postupy v péči o rizikového pacienta jistě uvedeny. Je

nutné zvýšit informovanost sester o prevenci pádů včetně prodiskutování příslušné SOP, a to ze stran nadřízených.

Pomocí následující otázky jsem se ptala sester na způsoby označení rizikových pacientů na odděleních respondentů. Uvedeny byly tři způsoby, přičemž nejčastěji byla označena možnost značení na informační tabuli u soupisu hospitalizovaných pacientů, dále pak pomocí identifikačního náramku a nakonec označení dokumentace rizikových pacientů pomocí barev. Z výsledků šetření vyplývá, že na některých odděleních se označení rizikových pacientů provádí i více způsoby, což určitě značně přispívá prevenci pádů. Dle mého názoru je nejlepším řešením obdržení barevného náramku, který informuje o rizikovosti pacienta z hlediska pádu. Náramek je téměř vždy vidět a personál je schopen identifikovat rizikového pacienta i mimo oddělení.

Pomocí následující otázky jsem se ptala, zda sestry screening rizika pádů přehodnocují během hospitalizace. Naprostá většina respondentů odpovídá, že screening rizika pádů přehodnocují. Přehodnocování screeningu je velmi důležité, protože fyzický i psychický stav pacienta se může změnit doslova z minuty na minutu.

Další otázkou jsem zjišťovala, při kterých příležitostech se screening rizika pádu přehodnocuje. Nejvíce se objevuje možnost přehodnocování screeningu v pravidelných intervalech dle zvyklosti oddělení. Téměř shodně pak sestry přepočítávají screening při změně soběstačnosti či zdravotního stavu pacienta. Screening by měl být přehodnocován při všech třech příležitostech, a i když se tato skutečnost může zdát jako zbytečné vyplňování dokumentů, jde ruku v ruce s prevencí pádů. Šetření ukázalo, že na některé sestry přehodnocují screening rizika pádů při více situacích.

Pomocí další otázky jsem se respondentů ptala, zda předávají informaci o pozitivním screeningu společně se službou, většina z nich odpovídá, že nikoliv. Mým názorem je, že by se rizikovost pacienta z hlediska pádů měla předávat společně se službou, specifické označení rizikovosti pacienta v tomto případě nestačí. Celkem 43 % respondentů uvádí, že informaci o pozitivním screeningu rizika pádů předává, což svědčí o jejich znalosti prevence pádů.

Otázka č. 15 zkoumala, odkud sestry nejčastěji čerpají informace o rizikovosti pacienta. 36 % sester spoléhá na vlastní intuici v odhadu rizika pádů, další se pak o rizikovosti dozvídají od ostatních členů ošetrovatelského týmu. Jen 11 % sester tuto informaci zjišťuje z dokumentace pacienta. Určitě je dobré umět odhadnout rizikového pacienta dle vlastní intuice, nicméně nelze spoléhat jen na to. Příkladem může být i riziková medikace, jejichž vliv nemusíme na první pohled na pacientovi poznat. Je

vhodné kombinovat všechny tři způsoby. Předávat informace o rizikovosti, všímat si specifických označení pacienta a také trochu spoléhat na vlastní intuici.

Následující otázka zjišťovala přítomnost formuláře o vzniklé mimořádné události. Převážná část sester tento formulář k dispozici má. Je důležité, aby byl záznam pádu kvalitní a vyplněný pravdivě. Nejdůležitější body záznamu o mimořádné události jsou uvedeny v teoretické části této bakalářské práce. Z právního hlediska je velmi důležité, aby se shodoval čas vyplnění formuláře o samotném pádu a záznam v ošetrovateľské dokumentaci pacienta.

Pomocí poslední otázky (graf 21) jsem se ptala, kdo na oddělení respondentů záznam o vzniklé mimořádné události vyplňuje. Nejčastěji sestry odpovídají, že staniční sestra. Dle mého názoru by měla vyplňovat tento formulář ošetřující sestra pacienta a následně lékař.

Dotazníkové šetření odhalilo několik rezerv, které by mohly být eliminovány kvalitnější informovaností sester. Možností je hned několik, ať už je to edukace sester staniční nebo vrchní sestrou, pořádání seminářů a konferencí, ale i vnitřní audity. To vše by mohlo zvýšit zájem sester o tuto problematiku.

15 ZHODNOCENÍ HYPOTÉZ

- H1 *Předpokládám, že většina zdravotních sester nepředává informace o míře rizikovosti P/K.*

Tato hypotéza byla potvrzena. Více jak 57 % respondentů uvádí, že nepředává informace o rizikovosti pacienta z hlediska pádů.

- H2 *Předpokládám, že většina sester považuje screening rizika pádů za nadbytečný, protože se s ním dále nepracuje.*

Tato hypotéza se nepotvrdila. Celkem 71 % respondentů považuje screening rizika pádů za důležitý pro bezpečí pacienta, oproti tomu 29 % respondentů ho považuje za nadbytečný.

- H3 *Předpokládám, že při pozitivním screeningu rizika pádů nejsou nastaveny postupy v péči, a že sestry spoléhají především na intuici.*

První část hypotézy byla potvrzena, 75 % respondentů uvádí, že na pozitivní screening rizika pádů nenavazují další předepsané postupy.

Druhá část hypotézy nebyla potvrzena, 36 % respondentů uvádí, že spoléhá na vlastní intuici v odhadu rizika pádů.

16 PREVALENCE PÁDŮ

Jako jeden z cílů jsme si stanovili zjistit a porovnat výskyt pádů na vybraných odděleních za rok 2009. Dostupná literatura uvádí, že je nejvyšší výskyt pádů na interních odděleních a odděleních následné péče, proto jsem pro porovnání vybrala oddělení tohoto typu v Krajské nemocnici Liberec a.s.

Výsledek byl vypočítán pomocí celkového počtu pádů na jednotlivých odděleních vztažených k celkovému počtu všech hospitalizovaných pacientů. Pomocí tohoto způsobu lze nejlépe porovnat prevalenci pádů při odlišných počtech hospitalizovaných pacientů.

Tabulka 22 Prevalence pádů na lůžkových odděleních všeobecné interny za rok 2009

Všeobecná interna	leden - březen	duben - červen	červenec - září	říjen - prosinec	celkem pádů	celkem pádů v %
počet pádů	37	39	32	14	122	5,29%
bez zranění	28	31	26	11	96	4,16%
lehká zranění	8	8	6	2	24	1,04%
těžká ranění	1	0	0	1	2	0,09%

celkový počet lůžek 65

celkový počet hospitalizovaných pacientů 2308

Na lůžkovém oddělení všeobecné interny upadlo v roce 2009 celkem 122 pacientů. V prvním čtvrtletí upadlo 37 pacientů, z toho se 28 pacientů nezranilo, 8 utrpělo lehká zranění a 1 byl těžce zraněn. V druhém čtvrtletí byl výskyt pádů obdobný. Celkem upadlo 39 lidí, z tohoto počtu se nezranilo 31 lidí a osm utrpělo lehká zranění. Ve třetím kvartálu roku 2009 upadlo 32 lidí, z nichž se 6 lidí lehce zranilo, ostatní pacienti zranění nebyli. Poslední čtvrtletí s sebou neslo nejméně pádů, a to celkem 14, z nichž 2 lidé byli lehce zranění, 1 pacient byl zraněn těžce

Tabulka 23 Prevalence pádů na oddělení LDN za rok 2009

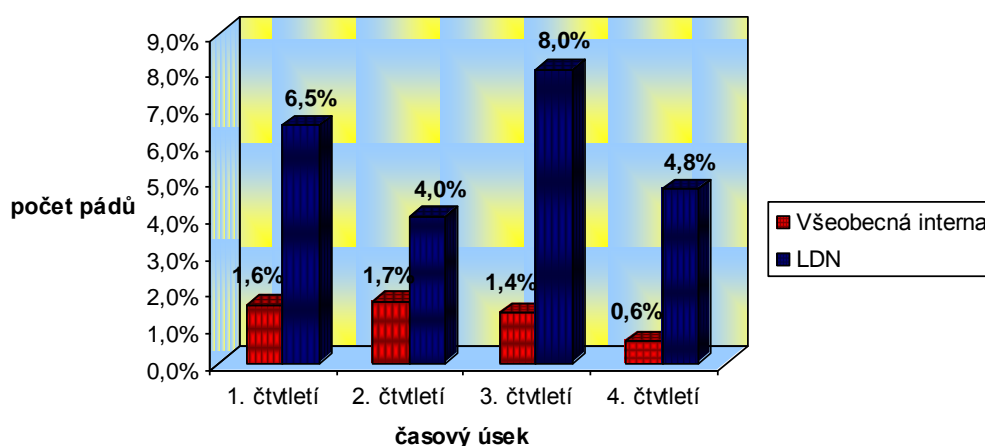
LDN	leden - březen	duben - červen	červenec - září	říjen - prosinec	celkem pádů	celkem pádů v %
počet pádů	60	37	74	44	215	23,34%
bez zranění	52	18	53	33	156	16,94%
lehká zranění	7	19	16	10	52	5,65%
těžká ranění	1	0	5	1	7	0,76%

celkový počet lůžek 99

celkový počet hospitalizovaných pacientů 921

Na oddělení následné péče byl v roce 2009 výskyt pádů téměř dvojnásobný oproti všeobecné interně. Celkem upadlo 215 pacientů. V prvním čtvrtletí roku 2009 upadlo na oddělení LDN 60 lidí, z toho 7 utrpělo lehká zranění a 1 pacient byl zraněn těžce. V druhém čtvrtletí upadlo 37 pacientů, z kterých mělo lehká zranění celkem 19 lidí. Ve třetím kvartále roku 2009 se výskyt pádů zdvojnásobil oproti předchozímu období. Upadlo 74 pacientů, 16 utrpělo lehká zranění a 5 utrpělo těžká zranění. V posledním čtvrtletí prevalence pádů opět klesla. Upadlo celkem 44 pacientů, z nichž 10 bylo lehce zraněno a 1 těžce.

Obrázek 24 Porovnání prevalence pádů

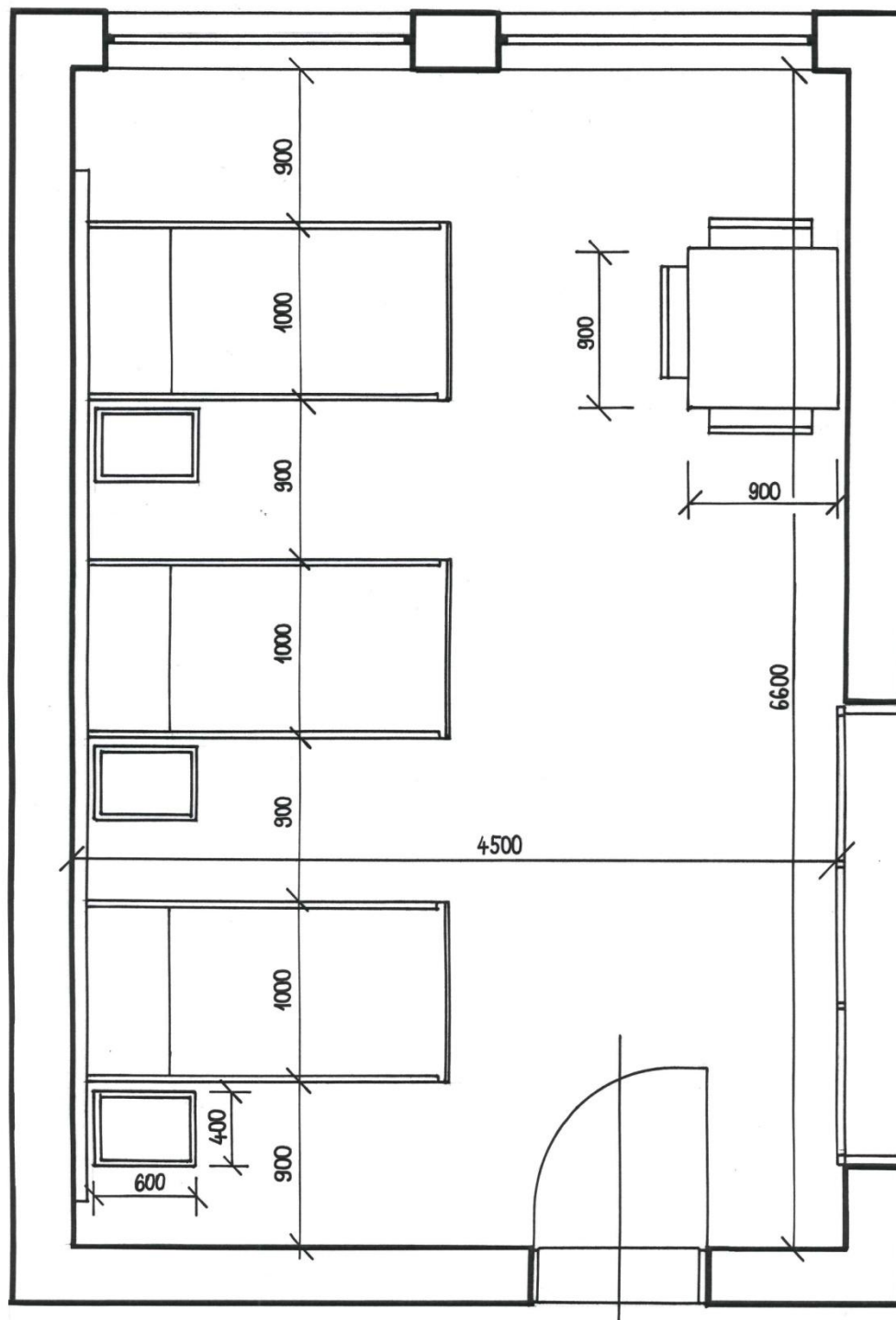


Z grafu lze vyčíst, že je prevalence pádů na odděleních následné péče neporovnatelně vyšší než na lůžkových odděleních všeobecné interny. Je tomu tak, protože na odděleních následné péče oproti interním oddělením je věkový průměr pacientů vyšší, častěji se setkáváme s polymorbiditou a polypragmázií, a dalšími rizikovými faktory a potencionálními příčiny pádů.

17 NÁVRH BEZPEČNÉHO POKOJE

Při poskytování ošetrovatelské péče je důležité vytvořit bezpečné prostředí a pokusit se tak zabránit pádům a zraněním pacientů/klientů za hospitalizace. Tato myšlenka byla impulzem pro zpracování návrhu bezpečného pokoje. V teoretické části bakalářské práce jsou uvedeny zásady bezpečného prostředí. Tyto zásady byly zapracovány do konceptu pokoje, který je zobrazen na další straně.

Obrázek 25 Návrh bezpečného pokoje - půdorys



A colorful, stylized illustration of a modern interior space, possibly a laboratory or office. The room features a yellow floor, a blue ceiling with a large white number '1', and a large window with a pink frame. A long blue table is positioned in the center, with various equipment and a red laser beam visible. The background is a solid orange color.

18 ZÁVĚR

Pády pacientů v nemocnici jsou v současnosti velmi diskutovaným tématem. Snahou většiny zdravotnických zařízení je eliminovat ovlivnitelné rizikové faktory pádu. Prioritou všech zdravotnických zařízení, které jsou nakloněny prevenci pádů, je zajistit pacientům bezpečné prostředí. Pád pacienta představuje velké riziko nejen pro samotného pacienta, ale i pro zdravotnické zařízení, ve kterém k pádu došlo, ve vztahu k narůstání nákladům na hospitalizaci.

Výskyt pádů je jedním z indikátorů kvality péče. Pro získání (mezinárodní) akreditace, je nutné, aby každá nemocnice, která se o toto ocenění uchází, měla ucelený program, který je vytvořen pro prevenci a sledování pádů. Přínosem pro prevenci pádů jsou všechna prestižní ocenění, která mají za cíl zlepšit aktuální situaci, protože nemocnice, která je chce získat, nemůže pády přehlížet.

Věřím, že moje bakalářská práce bude přínosem pro všechny zdravotníky, kteří chápou rizika pádů a následky s nimi spojené.

19 SOUPIS BIBLIOGRAFICKÝCH CITACÍ

1. ADAMS, B; HAROLD, C. *Sestra a akutní stavy*. Praha: Grada Publishing a. s., 1999. 488 s. ISBN 80-7169-893-8.
2. Bezpečnost pacienta – Pády a úrazy pod kontrolou. *Komfort*. [online]. Dostupné na WWW: <<http://www.linet.cz>>.
3. *Cvičební aktivity vhodné pro seniory* [online]. Dostupné na WWW: <<http://www.cvicime.cz/cviceni-praha-2005/cviky/vek/seniori2.html>>.
4. JOINT COMMISSION RESOURCES. *Prevence pádů ve zdravotnickém zařízení*. 1.vyd. Praha: Grada publishing, a.s., 2007, 171s. ISBN 978-80-247-1715-9
5. JURÁSKOVÁ, D., Sborník přednášek z konference Gerontotechnologie a technologie pro handicapované, směr budoucnosti. *Bezpečný pokoj*. [online]. Dostupné na WWW: <<http://www.czechdesign.cz/index.php?status=c&clanek=1209&lang=1>>.
6. JURASKOVÁ, D., GUTOVÁ, L., MARX, D., CHARVÁTOVÁ, P. Sledování mimořádných událostí, *Sestra*, 2004, č. 3.
7. KALVACH, P. A KOL. *Úvod do gerontologie a geriatrie*. Praha: Karolinum, 1997.
8. KALVACH, Z., ZADÁK, Z., a kol. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2008, 336s. ISBN 978-80-247-2490-4
9. KALVACH, Zdeněk, ZADÁK, Zdeněk., a kolektiv, *Geriatric a gerontologie*, 1.vyd. Praha: Grada Publishing a.s., 2004, 864 s., ISBN 80-347-0548-6
10. KLÁN, Jan, TOPINKOVÁ, Eva. Pády a jejich rizikové faktory ve stáří. *Česká geriatrická revue*. Praha: Medica Healthworld a. s. ISSN 1801-8661. 2003, č. 2, s. 39, 41.
11. KLEVETOVÁ, Dana; DLABALOVÁ, Irena. *Motivační prvky při práci se seniory*. Praha: Grada Publishing a.s., 2008. 208 s. ISBN 978-80-247-2169-9.
12. KOHOUT, Pavel. Výživa seniorů. *Pacientské listy*. 2010, 4, s. 24-25.
13. MANDYSOVÁ, Petra; VORLÍČKOVÁ, Hilda. Pády. In EUNIO. *Pády* [online]. 2008 [cit. 2011-04-13]. Dostupné z WWW: <http://www.eunio.cz/offline/review_win.htm?akce=478407>. ISSN 1802-050X.

14. MAREČKOVÁ, J. *Ošetrovateľské diagnózy v NANDA doménách*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2006, 264s. ISBN 80-247-1399-3.
15. MLÝNKOVÁ, Jana . *Pečovatelství 2. díl*. Praha : Grada Publishing a.s., 2010. 324 s. ISBN 978-80-247-3185-8.
16. NANDA, International. *NANDA – ošetrovateľské diagnózy - Definice a klasifikace 2009–2011*. Praha: Grada Publishing a.s., 2010. 480 s. ISBN 978-80-247-34423-1.
17. PAYSON, Caroline; HAVILEY, Corrine. *Patient falls assessment and prevention*. Saudi Arabia : Global Edition, 2007. 123 s. ISBN 978-1-60146-078-3.
18. POLICAR, Radek. *Zdravotnická dokumentace v praxi*. Praha : Grada Publishing a.s., 2010. 224 s. ISBN 978-80-247-2358-7.
19. SEDLÁŘOVÁ, Petra. *Základní ošetrovateľská péče v pediatrii*. Praha : Grada Publishing a.s., 2008. 240 s. ISBN 978-80-247-1613-8.
20. SOP HS č. 35. *Prevence pádu a zranění hospitalizovaného pacienta*. Liberec: Krajská nemocnice Liberec a.s., 2011. 7 s.
21. SVOBODOVÁ, Dita. *Pracovní postup prevence pádů a zranění P/K a jeho řešení*. In ČAS [online]. Praha: ČAS, 2007 [cit. 2011-04-13]. Dostupné z WWW: <http://www.cnna.cz/docs/tiskoviny/cas_pp_2007_0003.pdf>.
22. ŠKRLOVI, P. a M. *Řízení rizik ve zdravotnických zařízeních*. 1.vyd. Praha: Grada publishing, a.s., 2008, 199s. ISBN 978-80-247-2616-8.
23. ŠVÁB, J. a kol. *Chirurgie vyššího věku*. 1.vyd. Praha: Grada publishing, a.s., 2008, 208s. ISBN 978-80-247-2604-5.
24. TOPINKOVÁ, E. *Geriatric pro praxi*. 1.vyd. Praha: Galén, 2005, 270s. ISBN 80-7262-365-6.
25. TOŠNEROVÁ, T., *Na pomoc kvalitnímu stáří z hlediska zdravotníka – prevence pádů* [online]. Dostupné na WWW: <<http://www.restrikce.cz/html/prevent.html>>.
26. VIOD [online]. 2006 [cit. 2011-06-06]. Vzdělávací institut ochrany dětí. Dostupné z WWW:<<http://www.viod.cz/editor/assets/download/publikace/urazy%20deti.pdf>>. ISBN 80-86991-72-5.

27. ZAHRADNICKÁ, Ilona. *Fnplzen.cz* [online]. 2004 [cit. 2011-06-06].
Fakultní nemocnice Plzeň. Dostupné z WWW:
<http://www.fnplzen.cz/ospece/Publikace/2_04_Zahradnicka.pdf>.

20 SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1 Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů	37
Obrázek 2 Délka praxe	38
Obrázek 3 Registrace v oboru.....	38
Obrázek 4 Pracoviště respondentů.....	39
Obrázek 5 Zkušenost s pády pacientů (graf k otázce č. 1)	40
Obrázek 6 Zkušenost s pády na jednotlivých odděleních.....	40
Obrázek 7 Preventivní opatření jednotlivých oddělení (graf k otázce č. 3)	41
Obrázek 8 Dostatek pomůcek na odděleních respondentů (graf k otázce č. 4).....	43
Obrázek 9 Další preventivní opatření dle názoru respondentů (graf k otázce č. 5).....	43
Obrázek 10 Dostupnost SOP k prevenci pádů (graf k otázce č. 6).....	44
Obrázek 11 Provádění screeningu rizika pádů (graf k otázce č. 7)	45
Obrázek 12 Názor sester na screening (graf k otázce č. 8).....	45
Obrázek 13 Odůvodnění nadbytečnosti screeningu (graf k otázce č. 12)	46
Obrázek 14 Vyznačení informace o rizikovosti (graf k otázce č. 10)	47
Obrázek 15 Přehodnocování screeningu během hospitalizace (graf k otázce č. 11).....	48
Obrázek 16 Příležitosti přehodnocování screeningu (graf k otázce č. 12)	48
Obrázek 17 Předávání informace o rizikovosti pacienta z hlediska pádů (graf k otázce č. 13).....	49
Obrázek 18 Důležitost znalosti rizika pádů pacienta pro práci sester (graf k otázce č. 14).....	50
Obrázek 19 Zdroj čerpání informací o rizikovosti pacienta (graf k otázce č. 15)	51
Obrázek 20 Dostupnost formuláře o mimořádné události (graf k otázce č. 16).....	51
Obrázek 21 Pracovník, který vyplňuje záznam o mimořádné události (graf k otázce č. 17)	52
Obrázek 22 Názor sester na screening rizika pádů v závislosti na vzdělání.....	53
Obrázek 23 Názor sester na screening rizika pádů v závislosti na délce praxe.....	54
Obrázek 24 Porovnání prevalence pádů	61
Obrázek 25 Návrh bezpečného pokoje - půdorys	62
Obrázek 26 Návrh bezpečného pokoje II - perspektiva.....	63

21 SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů.....	37
Tabulka 2 Délka praxe	38
Tabulka 3 Registrace v oboru	39
Tabulka 4 Pracoviště respondentů	39
Tabulka 5 Zkušenost s pády pacientů (tabulka k otázce č. 1).....	40
Tabulka 6 Zkušenost s pády na jednotlivých odděleních (tabulka k otázce č. 2).....	41
Tabulka 7 Preventivní opatření jednotlivých oddělení (tabulka k otázce č. 3).....	42
Tabulka 8 Dostatek pomůcek na odděleních respondentů (tabulka k otázce č. 4)	43
Tabulka 9 Další preventivní opatření dle názoru respondentů (tabulka k otázce č. 5)...	44
Tabulka 10 Dostupnost SOP k prevenci pádů (tabulka k otázce č. 6).....	44
Tabulka 11 Provádění screeningu rizika pádů (tabulka k otázce č. 7).....	45
Tabulka 12 Názor sester na screening (tabulka k otázce č. 8).....	46
Tabulka 13 Odůvodnění nadbytečnosti screeningu (graf k otázce č. 12).....	46
Tabulka 14 Vyznačení informace o rizikovosti (tabulka k otázce č. 10)	47
Tabulka 15 Přehodnocování screeningu během hospitalizace (tabulka k otázce č. 11).	48
Tabulka 16 Příležitosti přehodnocování screeningu (tabulka k otázce č. 12)	49
Tabulka 17 Předávání informace o rizikovosti pacienta z hlediska pádů (tabulka k otázce č. 13)	49
Tabulka 18 Důležitost znalosti rizika pádů pacienta pro práci sester (tabulka k otázce č. 14)	50
Tabulka 19 Zdroj čerpání informací o rizikovosti pacienta (tabulka k otázce č. 15) ...	51
Tabulka 20 Dostupnost formuláře o mimořádné události (tabulka k otázce č. 16)	52
Tabulka 21 Pracovník, který vyplňuje záznam o mimořádné události (tabulka k otázce č. 17)	52
Tabulka 22 Prevalence pádů na lůžkových odděleních všeobecné interny za rok 2009	60
Tabulka 23 Prevalence pádů na oddělení LDN za rok 2009	60

22 SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1: Dotazník	1
Příloha 2: Barthelův test	5
Příloha 3: Screening rizika pádů	6

Příloha 1: Dotazník

Dobrý den,

jmenuji se Petra Tomášková a jsem studentkou Ústavu zdravotnických studií na Technické univerzitě v Liberci. Dovoluji si Vás požádat o laskavé vyplnění dotazníku, který je součástí mé bakalářské práce na téma Pád jako mimořádná situace při hospitalizaci pacienta. Dotazník je anonymní a za jeho vyplnění Vám předem děkuji.

tomaskova.petra@centrum.cz

Vámi zvolenou odpověď prosím zaškrtněte, popřípadě doplňte slovy. Pokud není uvedeno jinak, označte vždy jen jednu odpověď.

Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- ☐ SZŠ
- ☐ VOŠ
- ☐ VŠ bakalář
- ☐ VŠ magistr

Jak je dlouhá Vaše praxe?

- ☐ do 5 let
- ☐ 6 -15 let
- ☐ 16- 25 let
- ☐ 26 let a více

Jste registrovaná sestra?

- ☐ ano
- ☐ ne

Na jakém oddělení pracujete?

- ☐ interna
- ☐ chirurgie
- ☐ oddělení následné péče
- ☐ dětské oddělení
- ☐ psychiatrické oddělení
- ☐ jiná

odpověď.....

- 1) Setkal(a) jste se při Vaší praxi s pádem pacienta/klienta?
 - ☐ ano
 - ☐ ne, přejděte na otázku č. 3

- 2) Na jakém, popřípadě jakých, oddělení se tomu stalo?

Lze zaškrtnout více odpovědí

 - ☐ interní oddělení
 - ☐ chirurgické oddělení
 - ☐ dětské oddělení
 - ☐ oddělení následné péče
 - ☐ domov důchodců
 - ☐ oddělení psychiatrie
 - ☐ jiné

- 3) Jaké možnosti preventivních opatření máte k dispozici na oddělení, kde pracujete?

Lze zaškrtnout více odpovědí

 - ☐ signalizace
 - ☐ chodítka
 - ☐ madla
 - ☐ bezbariérové prostředí
 - ☐ pruhy na podlahách pro lepší orientaci po nemocnici i na pokojích
 - ☐ nástavce na WC
 - ☐ fyzioterapie
 - ☐ zábrany na lůžko
 - ☐ dostatečné osvětlení ve dne i v noci
 - ☐ volný prostor (žádné nerovnosti na podlaze, stabilní nábytek, nikde nic nevyčnívá, nepřekáží)
 - ☐ označení mokrého prostoru při vytírání chodeb
 - ☐ včasný úklid rozlitých tekutin na podlaze
 - ☐ jiné

- 4) Máte, podle Vás, na oddělení kde pracujete dostatečné množství pomůcek, které by mohly zabránit pádu pacienta/klienta?
 - ☐ ano, přejděte na otázku č. 6
 - ☐ ne
 - ☐ nevím, přejděte na otázku č. 6

- 5) Pokud byla Vaše odpověď v předchozí otázce ne, jaká další opatření by bylo třeba zavést?

.....

.....

.....

- 6) Je na vašem pracovišti k dispozici standard ošetrovatelského postupu (SOP) týkající se prevence pádu?
- ☐ ano
 - ☐ ne
 - ☐ nevím
- 7) Provádíte u pacientů na vašem pracovišti screening rizika pádů?
- ☐ ano
 - ☐ ne, přejděte na otázku č.14
 - ☐ nevím, přejděte na otázku č.14
- 8) Jaký názor na tento screening máte?
- ☐ považuji ho za důležitý pro bezpečí pacienta, přejděte na otázku č. 10
 - ☐ považuji ho za nadbytečný
- 9) Proč si myslíte, že je screening nadbytečný?
- možno zaškrtnout více odpovědí*
- ☐ na pozitivní screening nenavazují další předepsané postupy v péči
 - ☐ vyplňování screeningů trvá dlouhou dobu
 - ☐ spoléhám na vlastní intuici v odhadu rizika pádu
 - ☐ jiný důvod, prosím vepište.....
- 10) Jak je na vašem pracovišti vyznačena informace o pozitivním screeningu pádu?
- možno zaškrtnout více odpovědí*
- ☐ rizikový pacient je označen na informační tabuli u soupisu hospitalizovaných pacientů na sesterňě pomocí např. barevného odlišení, slovního vyjádření,...
 - ☐ označení dokumentace rizikových pacientů (např. barevné odlišení šanonů)
 - ☐ pacient obdrží identifikační náramek s odlišnou barvou
 - ☐ je proveden záznam u lůžka, prosím vepište jakým způsobem
 - ☐ jiné vyznačení, prosím vepište
- 11) Přehodnocujete screening rizika pádů během hospitalizace pacienta?
- ☐ ano
 - ☐ ne, přejděte na otázku č. 13
- 12) Jak často je screening rizika pádů přehodnocován?
- možno zaškrtnout více odpovědí*
- ☐ v pravidelných intervalech dle zvyklosti oddělení
 - ☐ při změně zdravotního stavu pacienta
 - ☐ při změně soběstačnosti pacienta

13) Pokud je screening rizika pádů pozitivní, předáváte tuto informaci vždy společně se službou?

- ☐ ano, předávám míru pacientovi rizikovosti pádu
- ☐ ano, předávám, že pacient je nebo není rizikový
- ☐ ne, každý rizikový pacient je specificky označen, a toho označení se v pravidelných intervalech aktualizuje
- ☐ ne, každý rizikový pacient je specificky označen
- ☐ ne

14) Myslíte si, že je pro práci sestry důležité znát míru rizikovosti pacienta/klienta z hlediska pádů?

- ☐ ano
- ☐ ne

15) Odkud nejčastěji čerpáte informace o rizikových pacientech?

Zaškrtněte prosím nejčastější možnost

- ☐ z dokumentace
- ☐ od ostatních členů ošetrovatelského týmu
- ☐ podle označení (na sesterně, náramek)
- ☐ od pacienta
- ☐ dle vlastní intuice

16) Je na vašem pracovišti k dispozici formulář o vzniklé mimořádné situaci?

- ☐ ano
- ☐ ne, otázku č. 17 prosím nevyplňujte
- ☐ nevím, otázku č. 17 prosím nevyplňujte

17) Kdo na vašem pracovišti provádí záznam o mimořádné události?

- ☐ řadová sestra
- ☐ staniční sestra
- ☐ vrchní sestra
- ☐ jiná odpověď

Za vyplnění dotazníku děkuji

Barthelův test základních všedních činností (ADL – Activities of Daily Living)

Jméno pacienta:

Datum narození pacienta:

	Činnost	Provedení činnosti	Bodové skóre
1.	Příjem potravy a tekutin	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
2.	Oblékání	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
3.	Koupání	samostatně nebo s pomocí neprovede	5 0
4.	Osobní hygiena	samostatně nebo s pomocí neprovede	5 0
5.	Kontinence moči	plně inkontinentní občas inkontinentní trvale inkontinentní	10 5 0
6.	Kontinence stolice	plně inkontinentní občas inkontinentní trvale inkontinentní	10 5 0
7.	Použití WC	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
8.	Přesun lůžko – židle	samostatně bez pomoci s malou pomocí vydrží sedět neprovede	15 10 5 0
9.	Chůze po rovině	samostatně nad 50 m s pomocí 50 m na vozíku 50 m neprovede	15 10 5 0
10.	Chůze po schodech	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
Celkem:			

0 – 40 bodů vysoce závislý
45 – 60 bodů závislost středního stupně
65 – 95 bodů lehká závislost
96 – 100 bodů nezávislý

Příloha 3: Screening rizika pádů

		body
pohyb	neomezený	0
	používá pomůcky	2
	potřebuje pomoc k pohybu	1
	neschopen přesunu	1
vyprazdňování	nevyžaduje pomoc	0
	nykturie/inkontinence	1
	vyžaduje pomoc	1
medikace	neužívá rizikové léky	0
	léky ze skupin diuretik, antiepileptik, antiparkinsonik, antihypertenziv, psychotropních látek a benzodiazepinů	1
smyslové poruchy	žádné	0
	vizuální, smyslový deficit	1
mentální status	orientován	0
	občasná noční dezorientace	1
	dezorientace/demence	1
věk	nad 65 let	1
pád v anamnéze	ano	1

celkem:

skóre 3 a více = pacient je rizikový z hlediska pádu